FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mars 1904, à 1 heure

Par P. ALGLAVE

Né à Saint-Saulve (Nord), le 28 juillet 1870,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

ÉTUDE
SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
Tuberculose du segment iléo-cœcal
DE L'INTESTIN

Président : M. TERRIER, *Professeur.*
Juges : MM. TILLAUX, *Professeur.*
DELENS, WALTHER, *Agrégés*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		N...
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		N...
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA (Aug.).	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
BROCA (André).	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, *chef des travaux anatomiques.*	WURTZ.
DESGREZ.	LEGRY.		
DUPRE.	LEGUEU.		

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

233

A MES PARENTS

Témoignage de gratitude et d'affection profondes.

A M. E. MASCART
Membre de l'Institut.

A M. le Professeur GUYON
Membre de l'Institut.

A M. le Professeur TERRIER
Membre de l'Académie de Médecine.

A M. le Professeur FARABEUF
Membre de l'Académie de Médecine.

Hommage reconnaissant

A la mémoire du Professeur NOCARD (d'Alfort)

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur DUPLAY
M. le Professeur agrégé THOINOT

Externat 1896 M. le Professeur FOURNIER
— — M. le Professeur NÉLATON.
— 1897 M. le Professeur CORNIL.

Internat 1898 M. le Docteur DENY.
— — M. le Docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
— 1900 M. le Professeur GUYON.
— — M. le Professeur agrégé ALBARRAN.
— 1901 M. le Professeur TERRIER.

A MON MAITRE ET AMI M. Gosset

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRATIQUE DE MÉDECINE

M. le Professeur FARABEUF.
M. le Professeur POIRIER.
MM. les Professeurs agrégés MORESTIN et RIEFFEL.

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES

M. le Docteur POLAILLON
M. le Docteur BRUN

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été fournie par l'observation d'un cas de tuberculose iléo-cæcale opéré avec succès, dans le service de M. le professeur Terrier, par notre maître et ami le docteur Gosset, professeur agrégé.

La lecture des publications et mémoires écrits, il y a déjà quelques années, sur cette question, nous laissa à penser qu'il y avait un certain intérêt à y revenir et à montrer tout le bénéfice que la tuberculose iléo-cæcale peut aujourd'hui retirer des progrès accomplis en chirurgie abdominale.

Laisser dans l'oubli des procédés surannés, timorés ou défectueux, employés sur le segment iléo-cæcal à l'époque où sa chirurgie est née, pour ne décrire que des opérations dignes des méthodes actuelles, tel a été notre but.

C'est surtout en nous inspirant des enseignements qui nous ont été donnés par notre éminent maître, M. le professeur Terrier, comme des publications qu'il a faites avec ses élèves sur les opérations de cet ordre, que nous avons rédigé ces chapitres de chirurgie.

Mais, à la base de toute entreprise chirurgicale, il y a deux facteurs importants de succès dont il faut être bien pénétré : l'anatomie de l'organe sur lequel on opère et le caractère de la lésion pour laquelle on intervient.

Il nous a donc paru utile de revoir, au point de vue chirurgical pur, l'anatomie du segment iléo-cœcal et l'anatomie pathologique de la tuberculose dont il peut être le siège.

Dans chacun de ces chapitres, nous croyons avoir apporté ou rappelé des faits dont il est nécessaire d'être prévenu.

Ainsi, notre travail comprend :

1° Une étude anatomo-chirurgicale du segment iléo-cæcal ;

2° Une classification des formes anatomiques de la tuberculose iléo-cæcale ;

3° Une description du procédé chirurgical dont chacune de ces formes est justiciable.

A l'appui de nos descriptions anatomo-pathologiques et chirurgicales, nous apportons un certain nombre d'observations françaises et étrangères prises parmi celles qui nous ont paru présenter le plus d'intérêt.

Trois d'entre elles, inédites, nous ont été aimablement procurées par MM. Gosset, Mouchet, Ricard, nous les prions ici d'agréer tous nos remerciements.

Beaucoup d'autres, parmi celles de l'étranger, auraient pu être ajoutées à celles que nous avons reproduites, mais nous avons pensé que sans être traduites *in extenso*, elles n'en conservaient pas moins tout leur intérêt, pour les chirurgiens, si nous en extrayons seulement ce qui avait trait à l'acte chirurgical accompli ; c'est ce que nous avons fait pour la construction des deux tableaux qui terminent notre travail et qui donnent un peu la mesure de la valeur des opérations que nous décrivons.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie chirurgicale du segment iléo-cœcal de l'intestin

Sous le nom de *segment iléo-cæcal,* on comprend, en chirurgie, une anse intestinale longue de 20 à 25 centimètres environ et constituée mi-partie par l'intestin grêle, mi-partie par le gros intestin.

La portion du grêle correspond aux 10 ou 12 derniers centimètres de l'iléon et à la valvule de Bauhin.

La portion du gros intestin correspond au cæcum proprement dit, à l'appendice iléo-cæcal et aux 5 ou 6 premiers centimètres du côlon ascendant.

Le segment intestinal ainsi délimité offre, pour le chirurgien, une physionomie très spéciale, sur laquelle, à certains points de vue, j'ai cru utile de rappeler l'attention au début de ce travail.

Je négligerai l'étude de l'appendice et de ses particularités, pour envisager seulement du segment iléo-cæcal :

1° La situation anatomique dans l'abdomen avec toutes ses variétés ;

2° Les rapports avec le péritoine et les moyens de fixité ;

3° La vascularisation.

§ 1. — Situation anatomique du segment iléo-cæcal de l'intestin.

Placé le plus souvent à la partie moyenne de la fosse iliaque droite, le segment iléo-cæcal peut occuper, dans la cavité abdominale, les régions les plus diverses.

Le fait est bien connu, mais il mérite qu'on y insiste.

Parmi les publications émises sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, il en est deux qui nous ont particulièrement instruit et que nous avons essayé de compléter l'une par l'autre, tout en y ajoutant nos observations personnelles.

L'une est de Legueu (1). Elle a trait à la situation du cæcum chez l'enfant et elle est basée sur l'examen de 100 cadavres.

L'autre est de Tuffier et Jeanne (2). C'est une étude sur l'appendice et la région iléo-cæcale basée sur 180 nécropsies de sujets pour la plupart âgés de plus de 40 ans.

De la lecture de ces mémoires, on retire l'impression que la situation du segment iléo-cæcal dans l'abdomen est très variable.

Il suffit d'ailleurs de regarder chaque jour, au pavillon de dissection ou à la salle d'autopsie, les cadavres rassemblés au hasard, pour se convaincre qu'il n'y a pas deux situations et dispositions absolument semblables du segment iléo-cæcal, parmi celles qu'on a, en même temps, sous les yeux.

Cependant, il est possible, parmi ces nombreuses variétés, de reconnaître, au segment iléo-cæcal :

A. *Des situations typiques*, c'est-à-dire de plus grande fréquence.

B. *Des situations atypiques*, c'est-à-dire exceptionnelles.

(1) Legueu, *Bull. Soc. anat.* 1892.
(2) Tuffier et Jeanne, *Revue de Gynécol.*, 1899.

A. — SITUATIONS TYPIQUES

Chez l'enfant nous reconnaîtrons comme typiques, les 3 positions de plus grande fréquence admises par Leguen :

1° La situation *iliaque moyenne*, la plus fréquente des trois, est trouvée 55 fois par cet auteur sur les 100 cadavres examinés par lui (fig. 1);

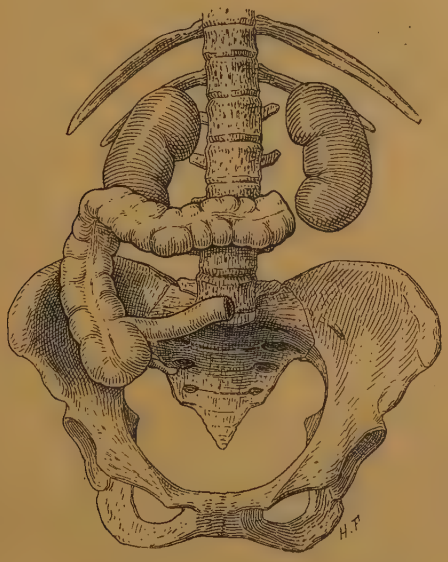

FIG. 1. — Situation iliaque moyenne.

2° La situation *haute et postérieure*, juxta ou pré-rénale, ou sous-hépatique est rencontrée 31 fois (fig. 2);

3° La situation *basse ou pelvienne* est trouvée 14 fois. (fig. 3)

Chez l'adulte, Tuffier et Jeanne distinguent 4 positions typiques :

1° Position *sus-iliaque* où le cæcum se trouve tout entier au-dessus de la fosse iliaque, vue 2 fois sur 130 cas ;

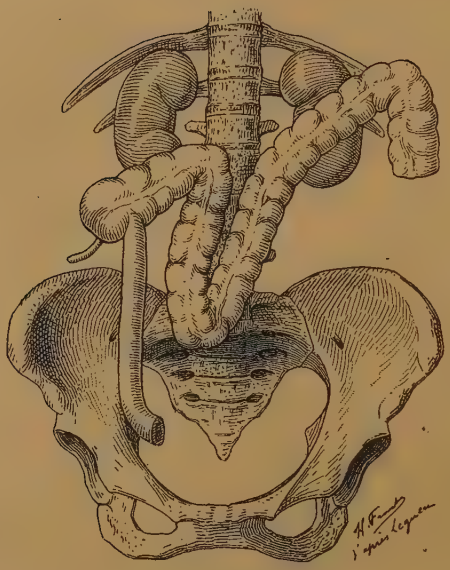

FIG. 2. — Situation haute.

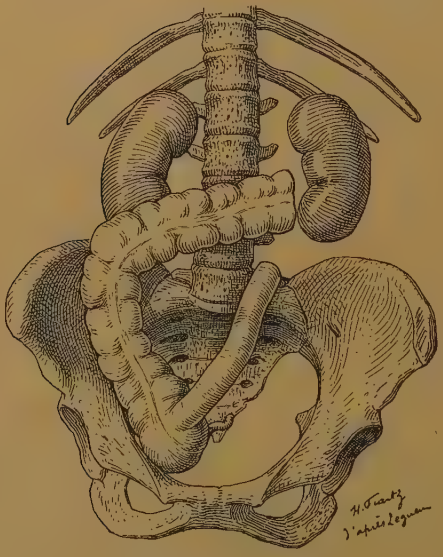

FIG. 3. — Situation basse

2° Position *iliaque* rencontrée 108 fois et avec les trois variétés suivantes :

a. V. iliaque *supérieure* où le fond de l'organe ne dépasse pas une ligne transversale unissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures : 11 cas.

b. V. iliaque *moyenne* où le fond du cæcum est au-dessus de la ligne bi-épineuse, tout en restant encore éloigné de l'arcade de Fallope : 46 cas.

c. V. iliaque *inférieure* où le fond de l'organe est dans l'angle de la paroi abdominale et de la fosse iliaque, contre l'arcade de Fallope : 51 cas.

3° Position *iliaque inférieure et interne*. L'organe est bas situé et, de plus, il est au-devant de la saillie du muscle psoas, le débordant parfois en dedans, c'est-à-dire penché sur l'orifice supérieur du petit bassin : 16 cas; dans 2 de ces cas il était même accolé contre le flanc interne du psoas.

4° Position *pelvienne*. Dans 4 cas l'organe était franchement dans le petit bassin; son fond descendait au-dessous du détroit supérieur.

Ces 4 cas coïncidaient avec la ptose d'une grande partie de l'intestin.

Bien que la classification adoptée par Tuffier et Jeanne soit d'une grande précision, nous croyons qu'on peut, suivant la classification adoptée par Legueu chez l'enfant, reconnaître aussi chez l'adulte, 3 positions typiques du segment iléo-cæcal, c'est-à-dire haute, moyenne et basse, toutes les autres devant être considérées comme atypiques.

La position haute est celle dans laquelle le segment iléo-cæcal est situé au-dessus de la fosse iliaque interne, à la partie inférieure de la fosse lombaire.

La position moyenne est celle d'un cæcum placé dans la fosse iliaque et la position basse celle où il est au-dessous de la fosse iliaque, à l'entrée de la cavité pelvienne.

B. — Situations atypiques du segment iléo-cæcal

Le cæcum est un organe essentiellement migrateur, en raison de son mode de développement et surtout d'accolement à la paroi abdominale postérieure. On peut le trouver en n'importe quelle région de l'abdomen.

a) On peut trouver le cæcum *derrière la vessie.* Tuffier et Jeanne l'y auraient vu une fois sur les 180 cadavres examinés par eux.

Nous même avons trouvé cette situation rétro-vésicale, très basse, sur un cadavre de l'École pratique du sexe masculin.

La figure 4 représente la disposition qui existait. Le cæcum, volumineux, descendait entre la vessie et le rectum, et s'avançait jusque dans le cul-de-sac de Douglas. L'iléon s'appuyait sur lui. La mobilité de ce cæcum était très grande, aucun ligament ne le retenait et le côlon ascendant lui-même était très mobile sur une hauteur de plusieurs centimètres. L'iléon avait un méso long de 5 à 6 centimètres et attaché sous le promontoire, en regard de la 1re vertèbre sacrée, comme le montre la figure 4.

b) Le cæcum peut tomber complètement dans la *cavité de Douglas* [Engel (1), Legueu (2)].

c) Le cæcum peut se loger dans le *cul-de-sac péritonéal* vésico-utérin, s'appuyant sur la face postérieure de la vessie d'une part et la face antérieure de l'utérus et du ligament large de l'autre.

Dans un cas, sur une malade opérée par M. Terrier, nous avons vu le cæcum s'engager par son sommet, entre l'utérus et la vessie, pendant que son corps s'appuyait sur la trompe droite

(1) Engel, cité dans le *Traité d'anatomie* de Poirier
(2) Legueu, *loc. cit.*

et que son appendice adhérait par sa pointe à la paroi abdominale antérieure, immédiatement au-dessus du pubis et un peu à droite de la symphyse.

d) Le cæcum peut être placé au *voisinage de l'ombilic* (Engel, Tuffier et Jeanne).

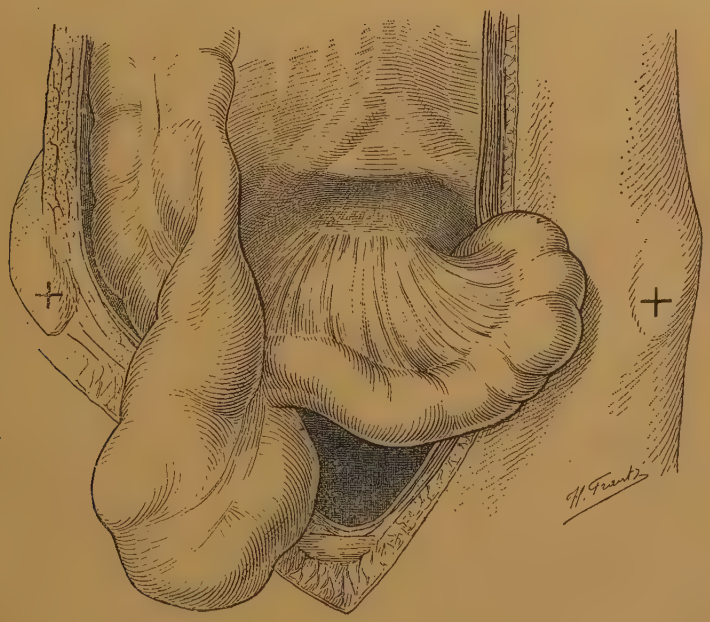

Fig. 4. — Cæcum en situation rétro-vésicale.

e) Le cæcum est parfois situé entre *le lobe droit du foie et le diaphragme* (Engel), ou seulement tout contre le foie.

Dans un cas, Hartmann (1) l'a trouvé immédiatement appliqué contre le foie, à droite du col de la vésicule biliaire. Trêves aurait rencontré la même disposition, 2 fois sur 100 cas.

(1) Hartmann, *Bull. Soc. anat.*, mai 1887, p. 312.

f) Le cæcum peut être *à gauche*. La situation du cæcum à gauche peut être accompagnée ou non de transposition générale des viscères.

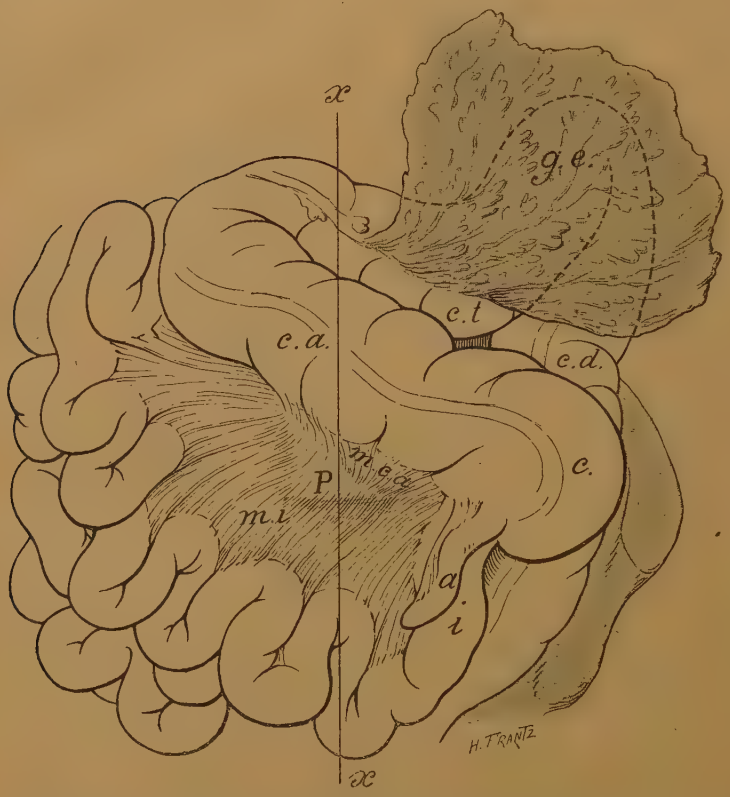

Fig. 5. — Le cœcum est placé dans la fosse iliaque gauche (orig.).
C cæcum, A appendice iléo-cæcal, I iléon. CA colon ascendant, CT colon transverse, CD colon descendant, MCA méso-colon ascendant, MI méso-iléon.

Michel (2) l'a vu dans la fosse iliaque gauche sans qu'il y ait eu transposition des autres viscères.

Nous-même l'y avons trouvé sur un cadavre de l'École pra-

(2) Michel, cité par Legueu, *Bull. Soc. anat.*, 1892.

tique, âgé de 45 ans environ, que nous procura notre collègue et ami Lenormand.

La disposition qui existait et que la figure 5 reproduit était la suivante :

Cæcum placé à la partie moyenne de la fosse iliaque gauche, continué par un côlon ascendant à direction oblique en haut et à droite. L'angle hépatique du côlon se trouve presque en situation normale.

Iléon appuyé sur le bord gauche du détroit supérieur, abouché dans le cæcum, au droit de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Le cæcum est libre et mobile par son sommet, mais l'origine du côlon ascendant est peu mobile et retenue par un méso assez court, fixé un peu à gauche du promontoire.

L'iléon est très mobile, grâce à un méso long de plusieurs centimètres inséré un peu au-dessous du promontoire. L'intestin grêle est placé en totalité à droite et au-dessous du cæcum et du côlon ascendant.

Il n'y a pas de transposition des autres viscères (voy. fig. 5).

Dans ce cas, la torsion de l'anse ombilicale primitive s'est opérée d'une manière incomplète et le transport de gauche à droite du cæcum ne s'est pas effectué.

La torsion de l'anse ombilicale primitive peut même faire complètement défaut, et M. le professeur Farabeuf (1) rapporte un cas de ce genre, dans lequel le cæcum et le gros intestin se trouvaient entièrement à gauche, tandis que l'intestin grêle était à droite (V. fig. 4 et 12). A cette occasion, il donne dans son article du *Progrès médical* de 1885 la série de schémas que voici et qui rendent facile la compréhension du fait observé par lui : Jaboulay (2) et Hjalmar Grönross (3) rapportent aussi des faits semblables.

(1) Farabeuf, *Progrès médical*, 1885.
(2) Jaboulay, *Progrès médical*, 1891.
(3) Hjalmar, *Gronross anat. anzeiger*, 1893, p. 91.

Dans d'autres cas, on trouva, en même temps qu'un cæcum à gauche, une transposition générale des viscères.

Mlle Klumpke en rapporte une observation dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1887.

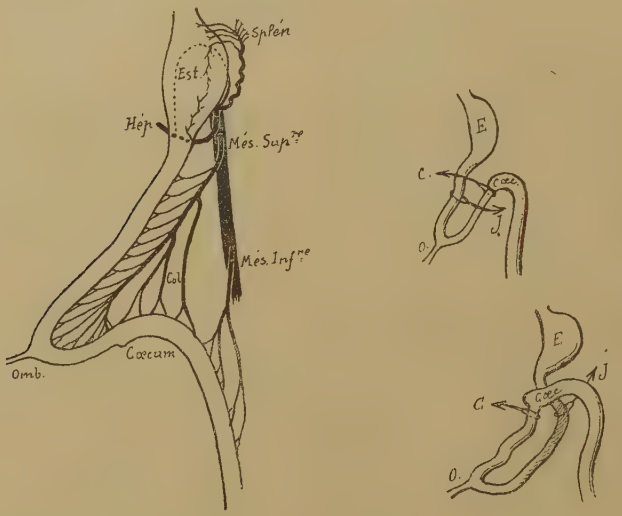

Fig. 6. — Représentant le profil gauche schématique du tube digestif abdominal avant la torsion. De l'aorte représentée en noir se détachent les branches de l'estomac, Est, notamment la pancréatico-spléno-gastrique, Splén., et la grande gastro-hépatique, Hép; puis la mésentérique supérieure, Més. sup., qui fournit les artères de l'intestin grêle et les premières coliques, Col; enfin la mésentérique inférieure, Més. inf. Le canal vitellin est marqué Omb. (D'après Farabeuf.)

Fig. 7. — La torsion de l'anse encore contenue dans le cordon ombilical. En haut, portion initiale : E, estomac; Cæ cœcum à peine ébauché, O canal vitellin; les flèches C et J attachées au cæcum et au jéjunum, indiquent le sens de la future torsion. En bas, position acquise du fait de la torsion. (D'après Farabeuf).

Mon collègue et ami Pierre Duval et moi-même avons observé un cas semblable en 1898 sur un cadavre du laboratoire de M. le professeur Farabeuf.

Ce sont là évidemment des dispositions très rares, mais il est bon d'en être prévenu.

Le cæcum peut enfin se rencontrer dans les hernies que l'on trouve autour de l'abdomen.

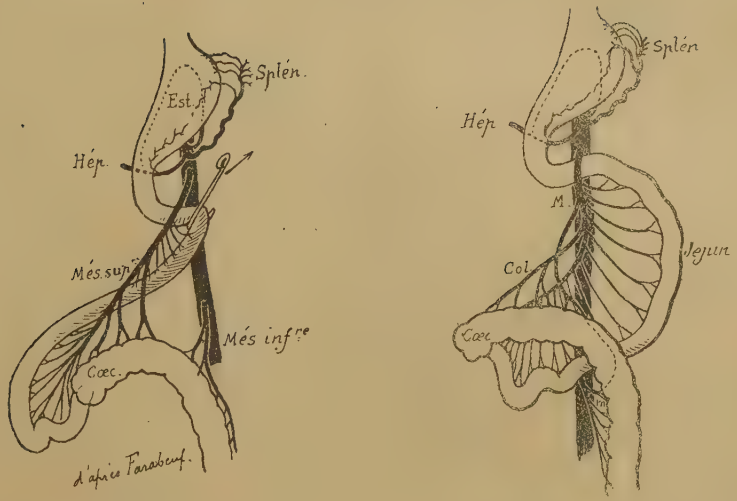

Fig. 8. — La torsion de l'anse intestinale en voie d accomplissement, vaisseaux figurés. Déjà le jéjunum attiré par un crochet est engagé sous l'artère mésentérique supérieure (d'après Farabeuf).

Fig. 9. — L'intestin grêle tout entier est maintenant à gauche de l'artère mésentérique Le cæcum et le commencement du côlon sont abaissés. Si par la pensée on les relève on crée la disposition définitive de la fig. 10 (d'après Farabeuf).

Fig. 10.

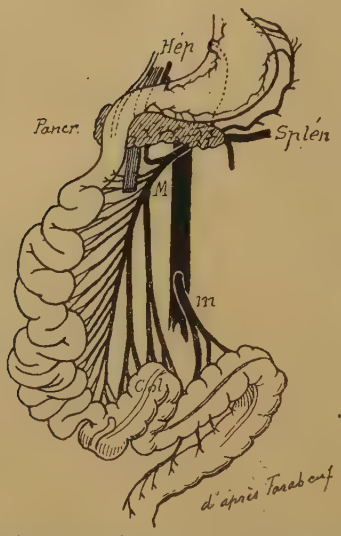

Fig. 11. Anomalie de situation des intestins et des vaisseaux mésentériques, arrêt d'évolution, homme adulte. (d'après Farabeuf)

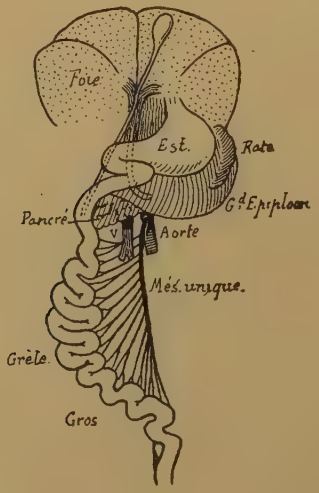

Fig. 12, — Le tube digestif abdominal et ses annexes chez la Roussette. Il n'existe qu'une artère mésentérique qui dessert toute la longueur de l'intestin. Le côlon ne présente ni cæcum ni bosselures ; on n'aperçoit aucune ligne de démarcation entre le grêle et le gros. Comme dans l'anomalie humaine de la figure 6, il n'y a pas de torsion intestinale par dessous les vaisseaux. (d'après Farabeuf)

On l'a trouvé dans les hernies ombilicales, les hernies lombaires droites, plus fréquemment dans les hernies inguinales, quelquefois dans les hernies crurales.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer dans le service de M. le professeur Terrier 4 hernies inguinales droites dans la constitution desquelles entraient le cæcum et l'appendice iléo-cæcal.

Dans l'une d'elles, développée chez un homme de 31 ans, l'iléon, par ses 5 à 6 derniers centimètres, faisait, avec le cæcum, partie de la masse herniaire.

Cette dernière observation est particulièrement rare et sera publiée.

§ 2. — **Rapports du segment iléo-cæcal avec le péritoine et moyens de fixité.**

La disposition que le péritoine affecte par rapport à l'anse iléo-cæcale est elle-même des plus variables et il est très important, au point de vue chirurgical, de la bien connaître.

Nous ne ferons pas ici l'étude des fossettes et diverticules péritonéaux qu'on trouve autour du segment iléo-cæcal et de son appendice ; nous envisagerons seulement le péritoine en tant qu'agent de soutènement et de fixité de l'anse qui nous intéresse.

On peut reconnaître au péritoine iléo-cæcal, pour la description :

a) Une disposition typique.

b) Des dispositions atypiques.

A. — Disposition typique

Elle doit être étudiée par rapport aux deux portions iléale et colique du segment iléo-cæcal.

a) Par rapport au *segment-iléal*, la disposition typique est le revêtement complet par le péritoine de la portion terminale de l'iléon, à laquelle il constitue un méso comme aux portions grêles sus-jacentes.

Ce méso-iléon terminal a une largeur habituelle de quelques centimètres et laisse à l'iléon, en ce point, une assez grande mobilité, surtout de bas en haut.

b) Par rapport au *cæcum* on sait, depuis les recherches de Luschka, Langer, Trèves, Tuffier, Jonnesco etc., que, normalement, le péritoine enveloppe complètement l'organe et que « la main peut, dans la cavité péritonéale, faire le tour du cæcum, comme elle fait le tour de la pointe du cœur, dans le péricarde » (Tuffier) (1).

C'est-à-dire que le cæcum, libre par sa pointe et par son corps, n'est soutenu que par sa base, grâce à l'iléon et au côlon ascendant, lesquels sont retenus et fixés par le mésentère passant sans interruption du premier sur le second.

Dans ce passage le mésentère forme un véritable ligament d'attache du segment iléo-cæcal à la paroi abdominale postérieure que nous appellerons ligament iléo-colique.

La racine du ligament iléo-colique ou ligne d'attache à la paroi postérieure du segment iléo-cæcal varie, comme siège, avec la situation du cæcum et varie également avec l'étendue de l'accolement au péritoine pariétal postérieur du méso iléo-colique primitif. Cet accolement s'opérant de la ligne médiane vers le sommet de l'angle iléo-cæcal, pour s'arrêter à une distance plus ou moins grande de lui, ou même s'avancer jusqu'à lui, à la faveur d'une pointe, va constituer, à la face postérieure du ligament iléo-colique un frein d'attache à la fosse iliaque, plus ou moins épais et que nous appellerons ligament rétro-iléo-colique (V. fig. 8).

C'est le ligament cæcal inférieur de Tuffier, mésentérico-pariétal de Fredet (2).

Ce ligament ne devient franchement cæcal que quand l'acco-

(1) Tuffier, Etude sur le cæcum et ses hernies, *Arch. génér. méd.*, 1887.
(2) Fredet, *Anat. de* Poirier.

lement qui lui donne naissance se prolonge jusque sur le bord gauche du cæcum.

Il borde à gauche l'entrée de la fosse rétro-colique (V. fig. 14).

Ordinairement large de 5 à 6 centimètres en amont de la valvule iléo-cæcale, le ligament iléo-colique se rétrécit rapidement

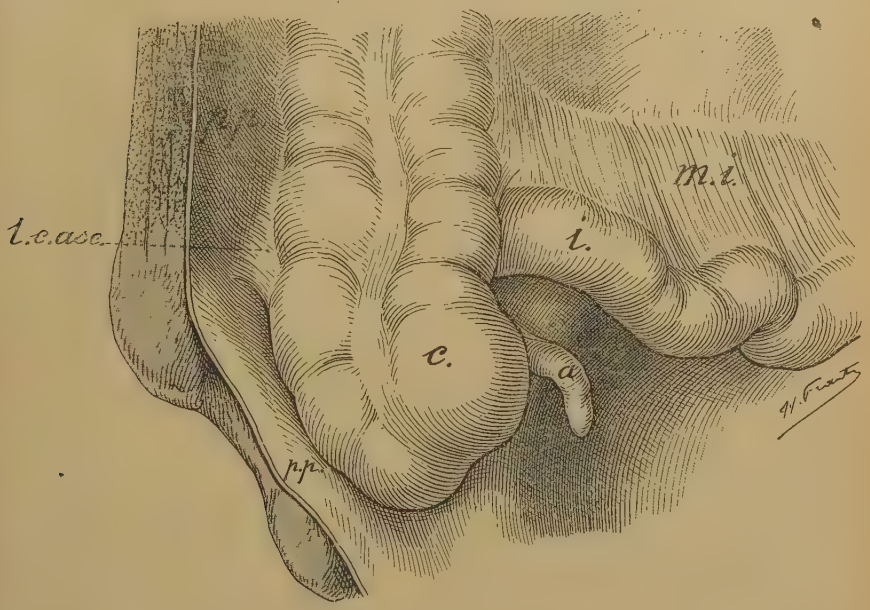

Fig. 13. — Disposition typique du péritoine iléo-cæcal *pp*, péritoine pariétal, *mi* ligament iléo colique, *lc asc*, ligament latéro-colique ascendant.

en aval et finit en pointe à quelques centimètres au-dessus de l'orifice iléo-cæcal, sur le côté gauche du côlon ascendant.

Il n'existe plus à partir du point où le côlon ascendant se trouve étroitement appliqué, par sa face postérieure, à la paroi abdominale postérieure.

Cette soudure du côlon ascendant avec la paroi résulte de l'accolement du péritoine qui tapissait la face droite primitive

du côlon de l'embryon avec le péritoine pariétal postérieur primitif. Cette face droite devient ainsi, après migration et soudure, face postérieure, mais la soudure peut se faire d'une manière incomplète, et, le côlon ascendant en venant prendre place dans

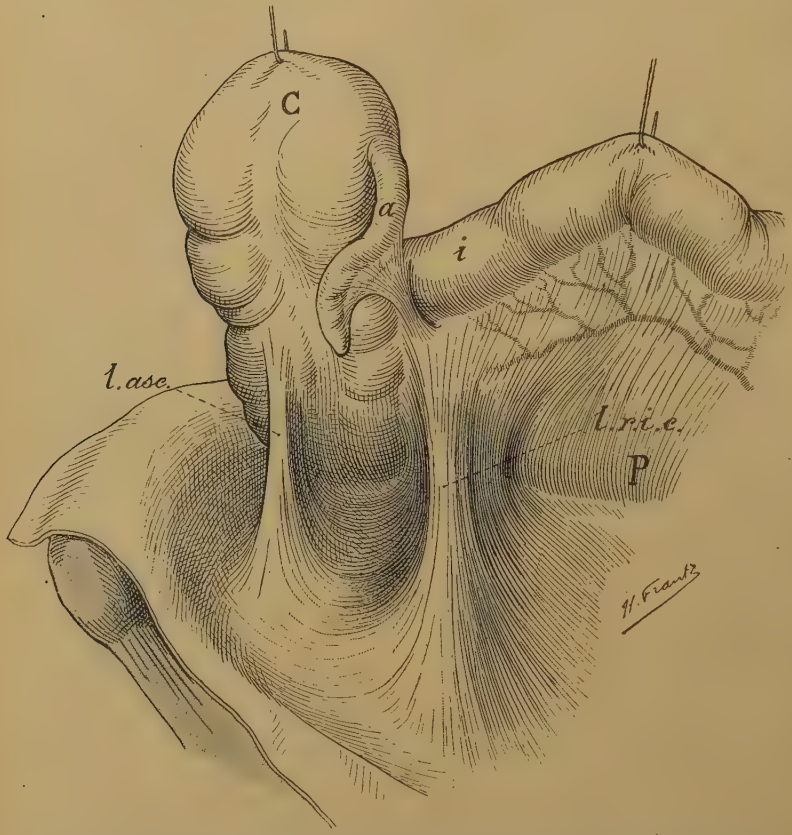

Fig. 14. — Disposition typique du péritoine iléo-cæcal. L'anse de la fig. 13 a été relevée en avant. — *l.asc.* ligament latéro-colique ascendant. — *l.r.i.c.* ligament rétro-iléo-colique ; entre les deux, la fosse rétro-colique. — *P* promontoire.

les fosses iliaque et lombaire, peut ne s'accoler au péritoine qui les revêt que par son bord primitivement libre, devenu bord droit en situation définitive.

On voit ainsi le côlon ascendant rester sans adhérence à sa face postérieure, sur une hauteur de plusieurs centimètres, comme il l'est à sa face antérieure, dans toute son étendue.

Ce qui revient à dire qu'avec la disposition typique ou de plus grande fréquence du péritoine, le cæcum étant libre de tutes parts, le côlon ascendant ne se trouve fixé, dans ses premiers centimètres, que par ses bords, et qu'il y a derrière lui une fosse plus ou moins profonde, la fosse rétro-colique (V. fig. 14). Nous connaissons le ligament du bord gauche, de l'origine du côlon ascendant, c'est la partie colique du ligament iléo-colique.

Quant au ligament du bord droit, formé par le mécanisme que nous venons de voir, il est plus ou moins long et large suivant les sujets et s'approche plus ou moins près du cæcum.

Le plus souvent, il ne descend pas jusque sur le cæcum, mais, s'il y vient, c'est pour en attacher la paroi latérale droite.

C'est ce ligament que Tuffier appelle ligament cæcal supérieur Fredet, ligament pariéto-cæcal.

Nous l'appellerons ligament latéro-colique ascendant, car, dans l'immense majorité des cas, il n'a aucun rapport avec le cæcum (V. fig. 18). Tuffier dit : « Ce ligament est un repli péritonéal inséré en haut dans le fond de la fosse lombaire, immédiatement au-dessous du rein ou même sur son extrémité inférieure ; et qui de là se porte sur le côté droit du côlon ascendant, pour s'arrêter à la limite du côlon ascendant et du cæcum. Sa hauteur et sa largeur sont souvent de plusieurs centimètres. »

Cette dernière donnée est vraie seulement pour le bord inférieur libre du ligament, car, en remontant un peu, le ligament devient rapidement très court.

Les deux ligaments iléo-colique et latéro-colique ascendant sont les moyens de fixité essentiels du segment iléo-cæcal de l'intestin, auxquels s'ajoute souvent le ligament rétro-iléo-colique. En raison de leur longueur et de leur disposition, les

ligaments laissent à cette anse intestinale une certaine mobilité dans tous les sens, en particulier dans le sens antéro-postérieur.

Aussi, quand ils ont leur longeur et leur largeur habituelles, avec un cæcum en situation typique, ils permettent d'amener assez facilement hors de l'abdomen la plus grande partie, sinon la totalité du segment iléo-cæcal.

Donc, dans la règle, avec la disposition précédente du péritoine, l'extériorisation chirurgicale du segment iléo-cæcal est facile. Il ne pourrait y avoir de difficultés que pour la partie toute supérieure de sa portion colique qui tend à s'accoler toute entière par sa face postérieure à la paroi postérieure.

B. — Dispositions atypiques du péritoine du segment iléo-cæcal.

Le péritoine donne au segment iléo-cæcal de la mobilité ou de la fixité, suivant la disposition qu'il présente par rapport à lui; aussi, on peut dire, au point de vue chirurgical, qu'il y a des dispositions atypiques favorables, et des dispositions atypiques défavorables du péritoine iléo-cæcal.

a) *Dispositions atypiques favorables du péritoine iléo-cæcal avec une anse en situation typique.* — Ce sont celles dans lesquelles le péritoine revêt complètement et fixe de long la terminaison de l'iléon, le cæcum, l'origine du côlon ascendant et même la moitié et davantage de celui-ci.

Dans ces cas, le ligament iléo-colique est très large et très long, et le côlon ascendant n'adhère à la paroi postérieure que par sa moitié supérieure ou par son angle hépatique seulement. Il n'y a pas de ligament latéro-colique ascendant, ni de ligament rétro-iléo-colique.

Ces dispositions ne sont pas rares, surtout chez l'enfant. Chez l'enfant et sur 100 cas, Legueu (1) a vu l'enveloppement périto-

(1) Legueu, *loc. cit.*

néal complet du cæcum et de la moitié inférieure du côlon ascendant dans la moitié des cas et 8 fois l'enveloppement complet du cæcum et du côlon ascendant.

Chez l'adulte la même disposition a été rencontrée par Tuffier (1), qui, deux fois, a vu le péritoine revêtir complètement le côlon ascendant jusqu'au-dessus du rein, ce qui laissait à cette anse autant de mobilité que les anses grêles en possèdent.

Des dispositions atypiques favorables au péritoine peuvent aussi se rencontrer avec une anse iléo-cæcale en situation atypique, tels les cas d'anse iléo-cæcale à gauche avec méso long : cas rapportés par Farabeuf et par Jaboulay avec un segment iléo-cæcal flottant ; et, ici comme précédemment, le segment iléo-cæcal sera facilement abordable par le chirurgien et facilement extériorisé.

Il en est tout autrement dans les cas que nous allons envisager maintenant.

b) Dispositions atypiques défavorables du péritoine iléo-cæcal avec une anse en situation typique. — Trois variétés de ces dispositions peuvent se rencontrer et elles sont loin d'être rares.

1re *variété.* — La portion iléale du segment iléo-cæcal est mobile, mais la portion colique est fixée.

C'est une disposition dans laquelle le cæcum et le côlon ascendant adhèrent à la paroi abdominale postérieure par leur face postérieure. Leur face antérieure seule est recouverte de péritoine, et, évidemment, il n'existe pas de ligament latéro-colique ascendant, ni de portion colique du ligament iléo-colique.

L'extériorisation de la portion colique du segment iléo-cæcal est ainsi rendue impossible, à moins qu'on ne recoure à un artifice sur lequel nous insisterons plus loin : le décollement pariétal de l'intestin.

(1) Tuffier, *loc. cit.*

Au contraire, la portion terminale de l'iléon se trouvant pourvue de son méso habituel, reste facile à amener au dehors.

Le dessin que nous donnons ici représente cette disposition trouvée par nous sur un cadavre des pavillons de l'École pratique (V. fig. 15).

2e *variété*. — La portion iléale du segment iléo-cæcal est fixée, mais la portion colique est mobile.

L'iléon manque absolument de méso dans sa portion terminale

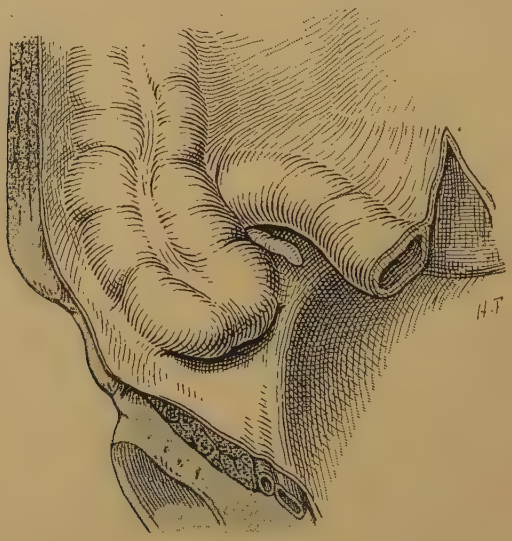

Fig. 15. — Disposition atypique défavorable du péritoine iléo-cæcal (1re variété). Le cæcum c est fixé par sa face postérieure, l'iléon c est mobile et soutenu par un méso long de plusieurs centimètres.

et se trouve étroitement appliqué sur la paroi postérieure ; au contraire le cæcum a une mobilité normale, telle est la disposition que nous avons observée sur un cadavre examiné par hasard à l'École pratique et dont nous donnons plus bas un dessin (V. fig. 10). Chez ce sujet, femme de 40 à 50 ans, on trouve un cæcum très dilaté, long de 10 centimètres, tombant librement dans la fosse iliaque droite, cachant la terminaison de l'iléon et s'avan-

çant, par son extrémité libre, jusqu'à l'entrée de la cavité pelvienne.

Ce cæcum se continue par un côlon ascendant de calibre moitié moindre, et il est complètement libre et mobile dans la fosse iliaque où il pend à la façon d'un battant de cloche.

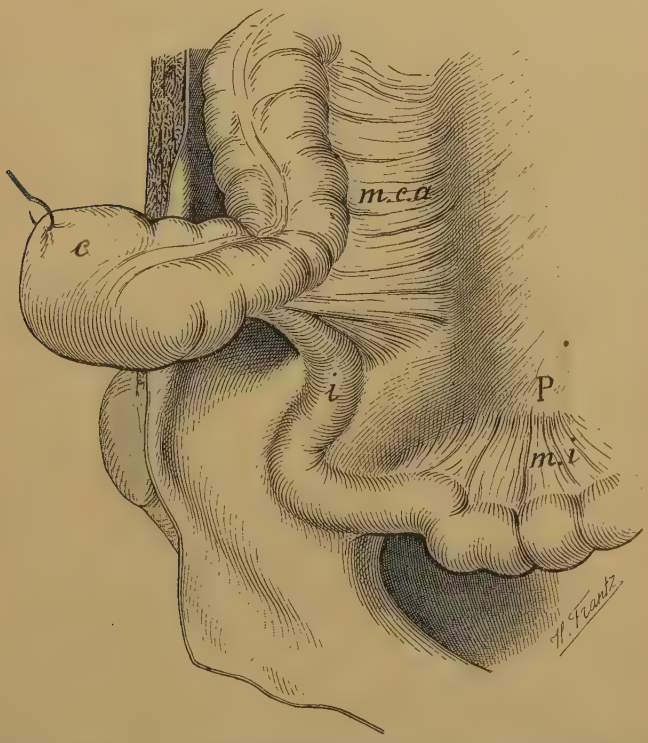

Fig. 16. — Disposition atypique défavorable du péritoine iléo-cæcal (2e variété). C cæcum MCA mésocolon ascendant ou portion colique du ligament iléo-colique, I portion terminale de l'iléon qui est dépourvue de méso, lequel apparaît seulement en MI.

Le côlon ascendant ne possède pas de ligament latéro-colique ascendant, mais, à son niveau, le ligament iléo-colique se trouvant large de 5 centimètres, lui laisse une grande mobilité au moins d'un côté à l'autre.

Le cæcum et le côlon sont donc faciles à extérioriser sur ce sujet.

Au contraire, au niveau de l'iléon terminal pas de méso, c'est-à-dire pas de portion iléale du ligament iléo-colique.

Dans les 10 centimètres de l'iléon sus-jacents à sa toute dernière portion, tout méso fait absolument défaut, et l'organe se trouve étroitement appliqué sur la fosse iliaque.

Fig. 17. — D'après J.-L. Faure.

C'est un cas dans lequel, au moment de la migration de l'anse iléo-colique, il y a eu soudure du péritoine primitif qui tapissait la face potérieure du segment terminal de l'iléon avec le péritoine pariétal postérieur primitif qui tapissait la fosse iliaque en ce point (V. fig. 16).

J.-L. Faure (1) a rapporté une disposition à peu près semblable avec un cæcum en situation typique élevée :

(1) J.-L. Faure, *Bull. Soc. anat.* de 1795, p. 9.

« Le cæcum de forme normale est très haut situé : au niveau du bord supérieur de l'os iliaque et de l'extrémité inférieure du rein droit.

« Au-dessous de lui, l'extrémité de l'iléon, normalement libre et flottante grâce à son mésentère, se trouve fixée contre la fosse iliaque interne, sous le péritoine qui l'applique dans l'angle du psoas et de l'iliaque sans lui former de méso.

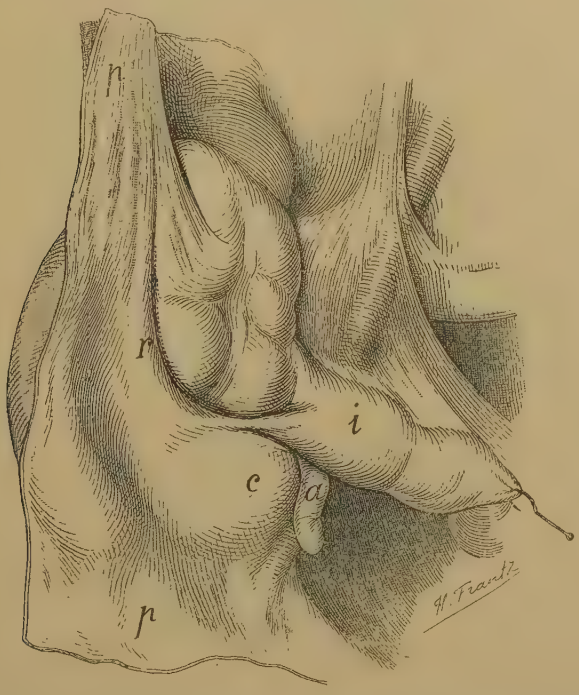

Fig. 18. — Cæcum en situation rétro-péritonéale. P. péritoine. R. repli péritonéal. montrant que le cæcum a dû glisser un peu de haut en bas sous le péritoine.

« Le mésentère occupe sa place normale, traversant obliquement la face antérieure des vertèbres lombaires de haut en bas et de gauche à droite pour se terminer au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite.

C'est à partir de ce point seulement que l'iléon, pourvu d'un

méso, devient libre. Au delà, soit sur 20 centimètres environ, il est fixe, immobile, rétro-péritonéal, en contact par toute sa face profonde avec le tissu cellulaire et le fascia iliaca. » (V. fig. 17).

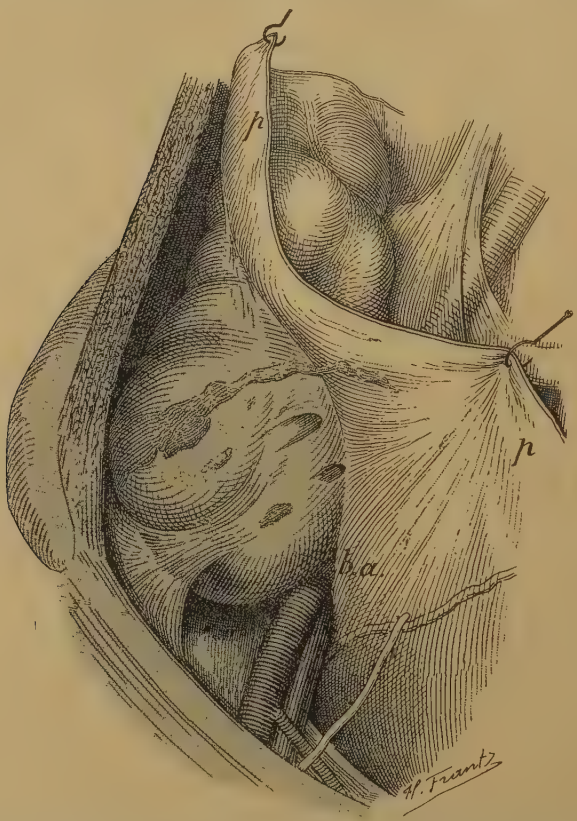

Fig. 19 — Le péritoine P s'est laissé décoller sans difficulté de la face antérieure du cæcum et même de l'origine du côlon ascendant en BA on aperçoit la base d'implantation de l'appendice sur le cæcum.

Mérigot de Treigny (1) rapporte également un fait semblable aux précédents.

Il est évident qu'en pareil cas l'extirpation de la portion iléale du segment iléo-cæcal sera particulièrement difficultueuse.

(1) Mérigot de Treigny, *Hernies du gros intestin.* Thèse de Paris, 1867.

3e *variété*. — La portion iléale et la portion colique du segment iléo-cæcal sont fixées.

L'iléon d'une part, le cæcum et le côlon ascendant de l'autre sont adhérents à la paroi abdominale postérieure par soudure opérée au moment de la migration de l'anse iléo-colique.

Nous décrirons et figurerons à ce propos une disposition observée par nous sur un sujet de dissection de l'École pratique, et sur laquelle notre collègue et ami Labey attira notre attention.

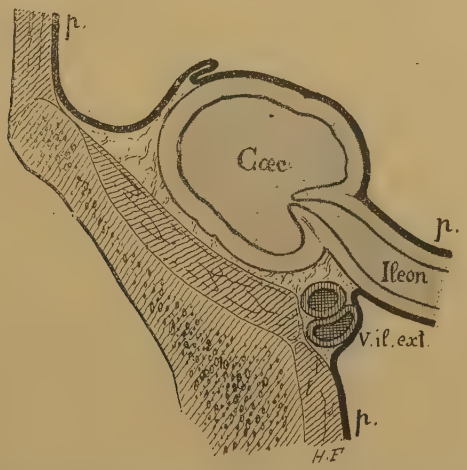

Fig. 20. — Coupe transversale faite au niveau de la valvule iléo-cæcale et montrant le revetement péritonéal iléo-cæcal sous la forme du gros trait noir P.

Dans le cas dont il s'agit le cæcum était véritablement extra-péritonéal (V. fig. 18, 19, 20).

Le dessin reproduit fidèlement ce qui était :

Le sujet est une femme de 30 à 40 ans.

Le cæcum tout entier et la moitié externe de l'origine du côlon ascendant sont cachés sous le péritoine.

En décollant celui-ci, de dehors en dedans, il est facile de constater qu'il n'adhère pas du tout à la face antérieure du cæcum et à la moitié externe de l'origine du côlon ascendant. Il

en est d'ailleurs séparé par un peu de tissu cellulo-graisseux.

Cette disposition fait penser à l'opinion des anciens auteurs qui considéraient le cæcum comme un organe normalement extra-péritonéal.

On sait ce qu'il reste aujourd'hui de cette conception, et il est bon de remarquer dans ce fait particulier, qu'au-devant du cæcum et du côlon ascendant, il y a comme un plissement du péritoine.

Ce plissement semblerait indiquer que l'intestin a glissé, dans une certaine mesure, au-dessous de la séreuse.

L'iléon, dans ses 5 derniers centimètres, est appliqué, par sa face postérieure sur le bord interne de la fosse iliaque. Il est dépourvu de péritoine à sa face postérieure et par conséquent de méso.

Le schéma joint à la figure montre d'ailleurs la disposition du péritoine par rapport au cæcum et à l'iléon au niveau de l'orifice iléo-cæcal.

Le méso-iléon n'apparaît ici que dans la portion sus-jacente aux 5 derniers centimètres ; très court d'abord, il s'élargit à mesure qu'on remonte l'iléon, pour atteindre des dimensions normales à 8 ou 10 centimètres de la valvule de Bauhin.

Il est évident qu'avec une pareille disposition du péritoine iléo-cæcal, on pourra éprouver de sérieuses difficultés, pour libérer et extérioriser l'anse malade.

A côté des trois variétés de dispositions atypiques défavorables du péritoine, que nous venons d'étudier et qui peuvent être prévues, il en est de tout à fait impossibles à prévoir et parfois étranges.

Voici un fait recueilli par nous sur un sujet mort de cancer de la région iléo-cæcal, mis à notre disposition par notre collègue et ami Pierre Duval, et où la disposition du péritoine n'est pas moins curieuse que celle du cæcum et du côlon ascendant (V. fig. 21).

L'iléon terminal pourvu d'un méso assez long inséré sur le côté droit du rachis s'abouche dans un cæcum à peu près normal, placé à la partie moyenne de la fosse iliaque droite, qui se continue par un côlon ascendant large et dilaté situé derrière la terminaison de l'iléon et de son méso, y décrivant une boucle longue de 20 centimètres environ. L'extrémité supérieure, ter-

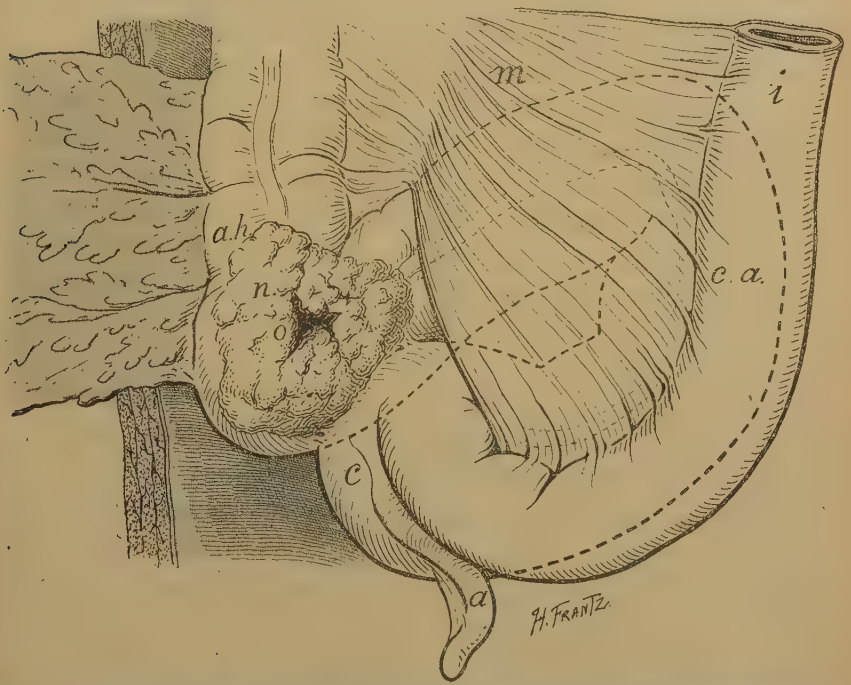

Fig. 21. — C cæcum. A appendice, I iléon, CA colon ascendant marqué par la ligne pointillée, M mésentère. AH angle hépatique du côlon, N néoplasme ouvert spontanément en O.

minale, de la boucle ainsi formée, correspond à un angle où siège un néoplasme épithélial. De là le côlon se continue pour former sa portion transverse.

Dans toute l'étendue de la boucle, cæcum et côlon adhèrent étroitement à la paroi postérieure de la fosse iliaque par leur face postérieure (V. fig. 21).

Enfin d'autres dispositions atypiques défavorables du péritoine iléo-cæcal peuvent se rencontrer avec les situations anormales du cæcum. En particulier dens les hernies inguinales et crurales libres ou par glissement du cæcum.

Elles ne sauraient être prévues et souvent l'organe est devenu extra-péritonéal.

Dans un cas nous avons trouvé la portion terminale de l'iléon et le cæcum derrière le péritoine composant la paroi postérieure d'un sac herniaire. Cette observation sera publiée.

Fascia rétro-iléo-colique. — Il faut comprendre sous ce nom le mince fascia aponévrotique qui résulte, dans certains cas, au niveau du segment iléo-cæcal, de la soudure au péritoine pariétal postérieur, dans les territoires qui leur correspondent, de la face postérieure du méso-iléon terminal, de la face postérieure du méso-côlon ascendant, comme aussi, de la face postérieure de l'iléon terminal, de l'origine du côlon ascendant et même du cæcum.

Quand toutes ces parties sont frappées de coalescence, au moment des migrations intestinales, avec le péritoine pariétal postérieur primitif, le fascia rétro-iléo-colique est complet. Il est incomplet dans le cas où la soudure vient à manquer en l'un de ces points.

Dans cette particularité, ce qui nous intéresse, c'est de savoir que les deux feuillets péritonéaux primitifs qui subissent cet accolement pour donner naissance au fascia, se laissent assez facilement disjoindre ultérieurement, quand il est utile de restituer à l'iléon et au côlon ascendant, de la mobilité, pour les rendre aussi faciles à extérioriser qu'ils le sont avec une disposition péritonéale typique.

Pierre Duval (1) a montré, pour le côlon iléo-pelvien, que ce dédoublement des fascias d'accolement rétro-intestinaux et

(1) Pierre Duval, Th. Paris, 1902.

péritonéaux s'opère sans difficulté, quand, au ras du bord distal de l'anse à mobiliser, on a fait une incision du péritoine et qu'avec le doigt, on refoule peu à peu cette anse de la périphérie vers le rachis. On trouve bientôt un plan de clivage qui correspond au plan de soudure et au-devant duquel on relève l'anse avec les deux feuillets qui constituaient son méso primitif, laissant à la paroi le feuillet qui était son péritoine primitif.

Dans le méso ainsi relevé avec l'anse, on trouve tous les vaisseaux qui arrivent à celle-ci.

Pour comprendre la formation de ces fascias rétro-péritonéaux et rétro-intestinaux, on consultera avec fruit les dessins de M. Farabeuf reproduits plus haut et montrant la torsion de l'intestin et son accolement au moment de sa migration, et on lira avec le plus vif interêt la description et les figures de Fredet dans l'*Anatomie* de M. Poirier. (V. figures ci-après 22, 23, 24).

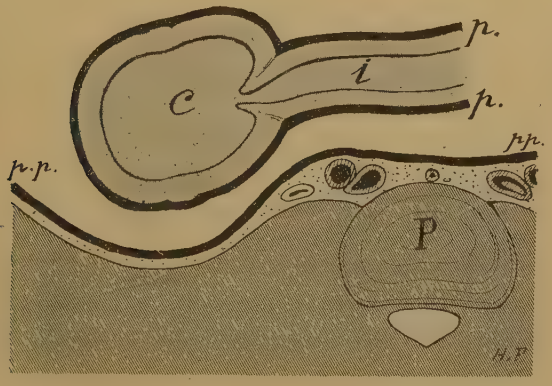

Fig. 22. — Le fascia rétro iléo-colique fait défaut. Cæcum et iléon très mobiles.

§ 3. — **Vascularisation du segment iléo-cæcal de l'intestin.**

Artères. — Les artères nourricières du segment iléo-cæcal

viennent de la mésentérique supérieure par l'intermédiaire du tronc iléo-colique.

Nous les avons injectées et disséquées sur quatre sujets et

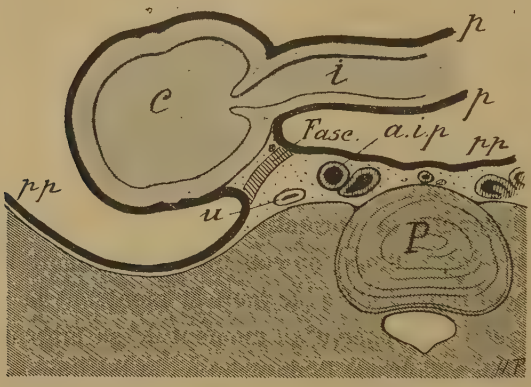

Fig. 23. — Le fascia rétro iléo-colique est ébauché sous la forme du ligament rétro iléo-colique, indiqué par les hachures Fasc. P péritoine, U uretère, AIP, artère iliaque primitive.

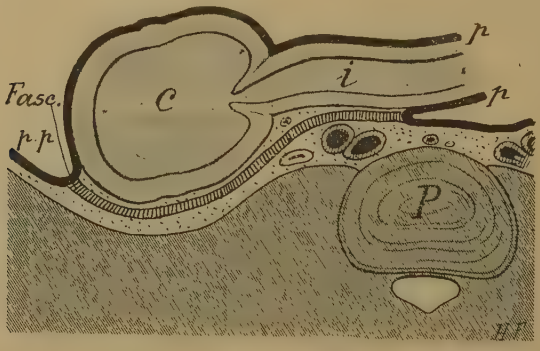

Fig. 24. — Le fascia rétro iléo-colique est complet.

nous donnons ci-après la reproduction schématique des deux injections qui nous ont paru le plus typiques.

Le tronc iléo-colique naît au niveau du tiers inférieur du tronc

de la mésentérique supérieure, sur son bord droit et se porte vers l'angle iléo-cæcal, pour se résoudre à une distance du sommet de l'angle qui varie de 2 à 10 et 12 centimètres, en cinq branches.

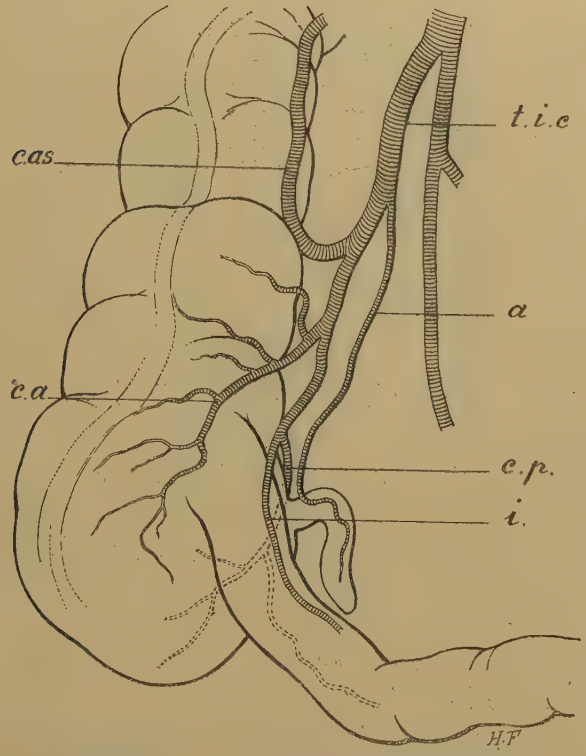

Fig. 25. — T.I.C. tronc iléo-colique, A appendiculaire, CAs colique ascendante, CA cæcale antérieure, CP cæcale postérieure, I iléale.

Le mode d'origine de ces rameaux artériels, les uns par rapport aux autres, est variable, comme aussi leur mode de division.

Mais finalement l'iléo-colique se trouve toujours avoir fourni cinq artères :

1° Une artère iléale destinée à la portion iléale du segment

iléo-cæcal et anastomotique avec une division terminale de la mésentérique supérieure ;

2° Une artère cæcale antérieure ;

3° Une artère cæcale postérieure ;

4° Une artère appendiculaire ;

Fig. 26. — Artères du segment iléo-cæcal ; tronc iléo-colique.

5° Une artère colique ascendante, anastomotique avec la colique transverse.

L'artère colique ascendante est la plus volumineuse des branches de l'iléo-colique.

Ces cinq artères peuvent naître isolément de l'iléo-colique ou par des troncs qui sont communs à deux ou trois d'entre elles.

Dans les deux dispositions figurées ici et qui peuvent être considérées comme typiques, on voit :

1° L'*iléale*, dans un cas (fig. 25), se séparer de la cæcale postérieure, immédiatement au-dessus de la terminaison de l'iléon, pour se placer à la face antérieure de celui-ci, suppléée qu'elle est, en arrière, par un rameau venu de la cæcale postérieure.

Dans le second cas (fig 26), l'iléale naît directement du tronc iléo-colique et aborde la fin de l'iléon par un trajet rétrograde, pour vasculariser contrairement à celle de la figure 24, la face postérieure de l'iléon, suppléée qu'elle est en avant par la cæcale antérieure.

2° La *cæcale antérieure* de la figure 25, née de l'iléo-colique par un tronc commun avec la postérieure, vascularise toute la face antérieure du cæcum et un peu de l'origine du côlon ascendant, celle de la figure 26 forme à sa naissance comme un trépied artériel avec deux cæcales postérieures et elle nourrit la face antérieure du cæcum et un peu de la terminaison de l'iléon.

3° La *cæcale postérieure*, unique dans la figure 25, fournit peu au cæcum, mais donne un rameau important à la face postérieure de l'iléon; elle est double dans la figure 26 où elle fournit des branches importantes à la paroi postérieure du cæcum et du côlon ascendant, comme aussi à la face postérieure de l'iléon.

4° L'*appendiculaire* a une origine assez variable. Dans le cas de la figure 25, elle se détachait directement du tronc iléo-colique, tandis que dans celui de la figure 20 elle naissait de la cæcale postérieure.

Parfois c'est de l'iléale ou de la cæcale antérieure qu'on la voit se détacher.

5° Quant à l'*artère colique ascendante*, plus volumineuse que les précédentes, elle se sépare, seule ou avec elles, du tronc iléo-colique, pour aborder le côlon ascendant à une distance de quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale, distance d'ailleurs un peu variable et en rapport inverse du développement

des artères cæcales antérieure et postérieure, qui peuvent aussi fournir au côlon ascendant. Plus elles donnent à celui-ci, moins la colique ascendante s'approche de l'orifice iléo-cæcal.

La colique ascendante s'anastomose par insulation avec la colique moyenne ou transverse (V. fig. 26).

Les veines du segment iléo-cæcal offrent par leurs troncs, une

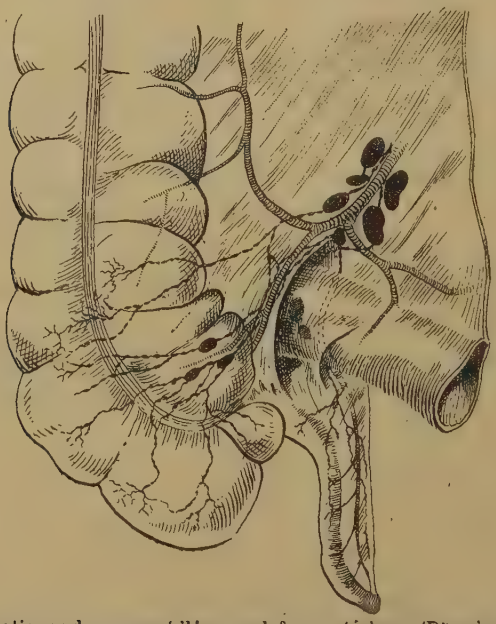

Fig. 27.— Lymphatiques du segment iléo-cæcal, face antérieure.(D'après Poirier et Cunéo.

disposition absolument calquée sur celle des artères; elles sont très plexiformes au niveau de l'angle iléo-cæcal supérieur.

Lymphatiques. — Ils ont été bien étudiés dans ces derniers temps par MM. Poirier et Cunéo (1). C'est d'après ces auteurs que nous en donnerons la description qui suit (V. fig. 27 et 28).

Les lympathiques du côlon ascendant traversent quelques ganglions juxta intestinaux, rencontrent un ganglion d'ailleurs

(1) Poirier et Cunéo, *Traité d'anatomie* de Poirier : les lympathiques).

inconstant, placé sur le trajet de l'artère colique ascendante et vont finalement se jeter dans les ganglions de la chaîne mésentérique supérieure.

Les lymphatiques du cæcum et de l'appendice sont très développés et forment trois groupes satellites des artères cæcale, antérieure et postérieure et de l'artère appendiculaire.

Les lymphatiques cæcaux antérieurs traversent deux ou trois petits ganglions cæcaux antérieurs et vont se terminer dans

Fig. 28. — Lymphatiques du segment iléo-cæcal, face postérieure, d'après Poirier et Cunéo

l'amas ganglionnaire iléo-cæcal, placé au niveau des branches de terminaison de l'artère iléo-colique.

Les lymphatiques cæcaux postérieurs traversent aussi de petits ganglions cæcaux postérieurs au nombre de 3 à 6 avant d'aller à la masse ganglionnaire iléo-cæcale.

De même les lymphatiques appendiculaires traversent de petits ganglions au nombre de 1 à 3 et situés dans le méso-appendice, avant d'aller à la masse iléo-cæcale.

Quant aux lymphatiques du segment terminal de l'iléon, ils vont aux ganglions mésentériques supérieurs, placés sur le territoire artériel correspondant.

Il est important de faire remarquer avec Tuffier (1) que les petites masses ganglionnaires qui entourent l'appareil iléo-cæcal, comme aussi les ganglions du groupe principal iléo-cæcal, sont souvent hypertrophiés, même en l'absence de toute maladie apparente du cæcum.

(1) Tuffier, *loc. cit.*

CHAPITRE II

Formes anatomiques de la tuberculose iléo-cæcale justiciables d'une intervention chirurgicale.

Le segment iléo-cæcal est un siège d'élection de la tuberculose intestinale. Il est souvent frappé à l'exclusion des autres portions de l'intestin, et, même quand d'autres régions intestinales sont envahies en même temps que lui, c'est sur lui que siège habituellement le maximum des lésions.

La tuberculose du segment iléo-cæcal peut se présenter sous différents aspects et nous lui reconnaîtrons quatre formes typiques, pour lesquelles on peut avoir à intervenir chirurgicalement :

1° La forme fibro-adipeuse, hypertrophique sténosante ou non (lire obs. de 1 à 26) ;

2° La forme fibreuse d'emblée, atrophique, essentiellement sténosante (lire obs. 27) ;

3° La forme ulcéro-caséeuse, perforante et destructive avec suppuration (Lire obs. de 28 à 33) ;

4° La forme d'ulcération simple, perforante ou sténosante (Lire obs. 34 et 35).

§ 1er. — Forme fibro-adipeuse ou hypertrophique de la tuberculose iléo-cæcale.

Forme essentiellement chronique, elle est de plus en plus signalée depuis que l'attention a été attirée sur elle, à l'étranger par Billroth, Suchier, Czerny, etc. ; en France par Terrier, Hartmann et Pilliet, Bouilly.

Elle est appelée par quelques-uns forme néoplasique, en raison de la sensation de tumeur qu'elle donne souvent à la palpation.

Cette tumeur tuberculeuse pouvant être circonscrite ou diffuse et s'acompagner ou non de sténose de l'intestin.

Le *volume* de la tumeur est très variable suivant les cas, plus ou moins facile à apprécier d'ailleurs, suivant qu'elle est limitée ou diffuse.

Le volume peut atteindre et dépasser celui d'un poing ou de deux poings d'adulte.

Sa *forme* et son contour sont, suivant les cas, plus ou moins réguliers ou irréguliers, faciles ou non à déterminer à travers la paroi abdominale.

La *mobilité* de la tumeur suit les mêmes fluctuations, mais elle est surtout en rapport avec le développement plus ou moins marqué des adhérences néoformées et la conformation anatomique de l'anse iléo-cæcale.

Lésions macroscopiques. — Les lésions macroscopiques que crée la tuberculose sous cette forme sont assez caractéristiques. Il apparaît autour du segment iléo-cæcal, dans les points envahis, une scléro-adipose tout à fait typique.

Le tissu scléro-adipeux, manifestation de défense organique est toujours abondant et dense, et forme habituellement à l'intestin une gaine épaisse de plusieurs centimètres qui lui adhère étroitement.

La gaine fait corps avec l'intestin, et, si on veut l'en séparer, on n'y parvient souvent qu'avec peine, ou au prix d'une déchirure de l'intestin.

Ces lésions péri-cæcales peuvent exister sans que la moindre granulation tuberculeuse puisse être rencontrée sur la face extérieure de l'intestin, mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans nombre de faits, on a signalé sur le cæcum, l'iléon, l'épiploon qui était venu y adhérer, le péritoine avoisinant, des granulations tuberculeuses, rougeâtres ou grisâtres, des dimensions d'un grain de mil. Il y a dans ces cas perityphlite tuberculeuse, véritable

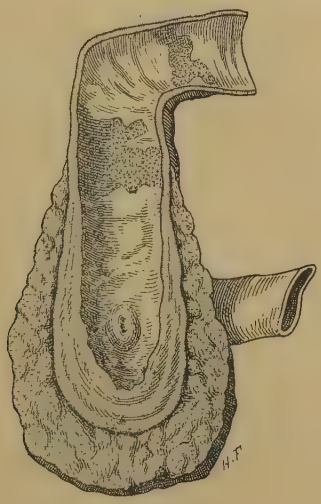

Fig. 29. — Tuberculose fibro-adipeuse du cæcum et du côlon ascendant (D'après un dessin de M. Dieulafoy.)

péritonite tuberculeuse locale avec un semis plus ou moins abondant de granulations.

Grâce aux lésions péri-cæcales, on peut immédiatement, à l'ouverture du ventre, juger de l'étendue de l'intestin qui est malade, la lésion périintestinale étant égale en longueur à la lésion instestinale elle-même.

L'anse iléo-cæcale peut être intéressée sur une étendue qui varie de quelques centimètres à 25, 29 centimètres (M. Dieulafoy) (1) et même davantage, lésions réparties sur les deux por-

(1) Dieulafoy, *Semaine médic.*, du 8 octobre 1902.

tions du segment iléo-cæcal ou seulement sur une seule.

La portion terminale de l'iléon peut être envahie sur une longueur de 8 à 10 centimètres et même 20 centimètres (Routier) (1), à partir de la valvule iléo-cæcale.

Le cæcum et le côlon ascendant le sont souvent sur une longueur plus grande que l'iléon.

Fig. 30. — Tuberculose fibro-adipeuse de l'iléon et du cæcum. (D'après un dessin de A. Mouchet).

On a vu le côlon être atteint depuis son origine jusqu'à son angle hépatique et au delà.

M. Dieulafoy (2) rapporte l'observation d'un malade opéré par M. Legueu et chez lequel tout le côlon ascendant était intéressé ainsi que l'origine du côlon transverse. En revanche,

(1) Routier, *Bul. soc. chir.*, du 2 décembre 1903.
(2) Dieulafoy, *loc. cit.*

l'iléon était resté sain (V. fig. 23). Les lésions, dont le point de départ est souvent à la valvule iléo-cæcale ou dans son voisinage immédiat, ont généralement plus de tendance à évoluer sur le gros intestin que sur l'iléon. « C'est une tuberculose descendante à marche progressive » (Pilliet).

La gaine scléro-adipeuse qui entoure l'intestin malade et lui adhère si fortement, peut adhérer aussi aux anses intestinales voisines, à la paroi abdominale, au fascia lata, à la gaine du psoas (Obs. 22 de Caussade et Charrier (1), et surtout au grand épiploon, dont il est souvent fort difficile de séparer la tumeur.

L'épiploon forme parfois avec la tumeur une masse agglutinée d'extirpation très laborieuse.

Sous la doublure scléro-adipeuse, on trouve un intestin dont les parois, plus ou moins modifiées dans leur texture sont parfois considérablement épaissies, aussi bien pour l'iléon que pour le cæcum.

Caussade et Charrier rapportent un cas où la paroi cæcale avait acquis 3 centimètres d'épaisseur et était devenue dure, résistante, criant sous le scapel comme un rein ou un foie entièrement scléreux.

Dans un cas de Gussenbauer, la paroi cæcale avait acquis 4 centimètres d'épaisseur.

En raison de cette hypertrophie, toute locale, la limite entre les parties saines et celles qui sont atteintes est ordinairement facile à voir, nettement tranchée. Cette dernière donnée est très importante pour le chirurgien.

Si l'on incise l'anse malade, on trouve sa muqueuse hérissée de villosités plus ou moins saillantes, de petites masses polypeuses, pédiculées, spéciales et que la plupart des auteurs ont remarquées. Ces petits polypes se présentent sous la forme de

(1) Caussade et Charrier, *Arch. génér. de médec.* de 1899, p. 410.

petites saillies cylindriques ou renflées en massue et qui ont de 2 millimètres à 1 centimètre de longueur.

La muqueuse peut aussi être plus ou moins plissée et tantôt ces plis présentent comme une disposition valvulaire, tantôt ils s'ordonnent en colonnes ou en piliers plus ou moins contournés ou même en brides assez volumineuses et résistantes et disposées en spirales. Souvent toute cette surface muqueuse est en même temps ulcérée dans ses couches toutes superficielles, et même, dans certains cas, on trouve aussi, à la surface de la muqueuse, de petits cratères qui résultent de l'ouverture dans l'intestin de petites masses tuberculeuses sous-muqueuses, ramollies (lire obs. 15 de Marie) (1). C'est là comme le premier degré de la forme ulcéro-caséeuse que nous étudierons plus loin.

La valvule de Bauhin est, suivant les cas, déformée, épaissie, rigide, indurée ou au contraire plus ou moins détruite.

Dans un cas de R. Marie, c'est autour de la valvule que l'épaississement des parois de l'intestin atteignait son maximum.

Inversement, il est parfois impossible de retrouver trace de la valve supérieure et de la valve inférieure qui composent la valvule.

D'ailleurs, c'est le plus souvent autour d'elle que les lésions semblent avoir pris naissance.

Quant à l'appendice iléo-cæcal, il peut rester sain, à côté d'un iléon et d'un cæcum très malades (obs. de Tuffier) (2), mais il peut participer à la lésion de ses deux voisins et se montrer hypertrophié, altéré, dilaté (lis obs. 6 de Hartmann) (3) ou même méconnaissable et englobé dans la masse tuberculeuse (A. Benoit) (4).

(1) R. Marie, *Bull. soc. anat.*, 1er juin 1894.
(2) Tuffier, *Rev. de Gynécol.*, 1897, p. 691.
(3) Hartmann, *Bul. Soc. anat.*, 1892.
(4) Benoit, *Th.* Paris, 1893.

Les lésions de la tuberculose fibro-adipeuse du segment iléo-cæcal peuvent, suivant les cas, entraîner ou non la sténose de l'anse intéressée et il est permis, à cet égard, de distinguer deux formes de la maladie : une forme *sténosante,* une forme *non sténosante.*

La plupart des observations que nous avons relevées ont trait à la première. Elle est de beaucoup la plus fréquente et ce sont souvent les symptômes de sténose qui ont entraîné l'intervention chirurgicale.

Cependant Claude (1) (lis obs. 17), Caussade et Charrier (2) rapportent des faits où il y avait absence de sténose.

La sténose peut se présenter sous deux formes : être annulaire ou canaliculaire, exister en un seul point de l'anse ou en plusieurs points plus ou moins rapprochés, soit sur l'iléon, soit sur le cæcum.

Quand la sténose est annulaire et n'existe qu'en un point, c'est le plus souvent au niveau de la valvule iléo-cæcale qu'on la trouve.

Quand elle est canaliculaire, elle peut être fort longue et paraître résulter de l'accolement des parois hypertrophiées du cæcum.

La sténose est parfois extrême. Dans un cas de Sachs, elle permettait à peine le passage d'une plume d'oie.

Au contraire, dans les cas où la sténose vient à faire défaut, on peut trouver une augmentation du calibre de l'intestin malade et même une dilatation assez marquée du cæcum (Caussade et Charrier).

Y a-t-il maintenant pour les sténoses du segment iléo-cæcal comme pour celles de l'intestin grêle des modifications du segment intestinal immédiatement sus-jacent au rétrécissement ?

(1) Claude, *Bul. Soc. Biologie*, 1898.
(2) Caussade et Charrier, *loc. cit.*

C'est un point sur lequel la plupart des observations sont muettes. Il est probable que ces modifications du segment intestinal sus-jacent au rétrécissement doivent exister ici comme dans les autres points de l'intestin, mais que souvent elles sont passées inaperçues.

Leur existence impliquerait pour le segment qui les aurait subies les transformations anatomiques habituelles, c'est-à-dire, le plus souvent, une hypertrophie de la paroi de l'intestin, avec augmentation du calibre, mais quelquefois de la dilatation simple seulement (Patel) (1).

ÉTAT DES GANGLIONS VOISINS DU SEGMENT ILÉO-CÆCAL ATTEINT DE TUBERCULOSE FIBRO-ADIPEUSE

Dans la masse que forme la tumeur, comme dans son voisinage, on trouve des ganglions lymphatiques envahis par la tuberculose. Ils sont plus ou moins hypertrophiés et infiltrés. On en trouve qui ont atteint le volume d'un œuf de poule (lis obs. 24) et qui présentent parfois des points ramollis, caséifiés.

Les ganglions intéressés sont surtout les ganglions mésentériques placés dans l'angle iléo-cæcal supérieur.

Parfois, on trouve toute une chaîne ganglionnaire malade, depuis l'angle iléo-cæcal jusqu'à la racine du mésentère.

Dans un cas, Pilliet (2) (lis. obs. 3) trouve un chapelet de ganglions caséeux remontant tout le long de l'aorte jusqu'au pancréas. Auscher (3), dans un autre, trouve une chaîne ganglionnaire qui remonte le long de l'aorte, jusque dans le médiastin, et même, dans d'autres faits, des lésions tuberculeuses furent trouvées dans les ganglions inguinaux ou dans des ganglions plus éloignés encore.

(1) Patel, *Rev. de chirurgie*, 1902.
(2) Pilliet, *Bul. Soc. anat.*, 27 novembre 1891.
(3) Auscher, *Bul. Soc. anat.* de 1895, p. 748.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE DE LA FORME FIBRO-ADIPEUSE DE LA TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

Nous empruntons au mémoire de MM. Caussade et Charrier (1) une vue d'ensemble des lésions microscopiques ordinaires de la tuberculose fibro-adipeuse iléo-cæcale, que Pilliet a si bien énoncées dans ses premières publications sur ce sujet :

« Le trait essentiel de cette évolution tuberculeuse, c'est l'infiltration lymphoïde, la rareté des follicules tuberculeux dans les plans superficiels, l'abondance de ces mêmes follicules dans le péritoine et leur tendance manifeste vers la sclérose, avec un processus adipeux surtout développé à ce niveau. »

Il y a en effet, d'après Caussade et Charrier :

1° Hypertrophie de la muqueuse avec formation de follicules tuberculeux et infiltration embryonnaire énorme ;

« 2° Hypertrophie de la sous-muqueuse entièrement modifiée dans sa structure, par ces mêmes cellules embryonnaires, ici encore très abondantes ; on retrouve quelques faisceaux dissociés ;

« 3° Epaississement variable de la tunique musculaire ; mais toujours assez prononcé, les cellules embryonnaires la traversent en nappe discontinue, moins abondante que dans les plans précédents ; les fibres lisses prolifèrent, les follicules tuberculeux font défaut ;

« 4° La couche sous-séreuse hyperplasiée aussi contient surtout des tubercules se rapprochant des tubercules massifs à évolution fibreuse, donnant à la paroi la rigidité.

« Ces hyperplasies notables de toutes les tuniques expliquent l'hypertrophie manifeste des parois du cæcums, tandis que l'abondance des tubercules dans la sous-séreuse rend compte de la rigidité ligneuse de ces mêmes parois. »

(1) Caussade et Charrier, *loc., cit.*,

§ 2. — **Forme fibreuse d'emblée, atrophique, sténosante.**

Cette forme de tuberculose a été bien décrite par Darier (1), (lis. obs. 27).

Elle est essentiellement fibrogène et sténosante, créant des rétrécissements annulaires complets. Darier l'a vue sur l'intestin grêle et l'iléon où elle s'arrêtait à 50 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

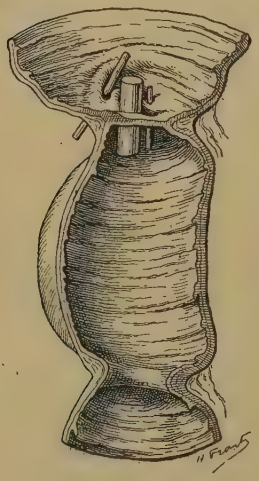

Fig. 31.

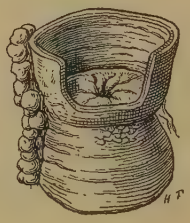

Fig. 32.

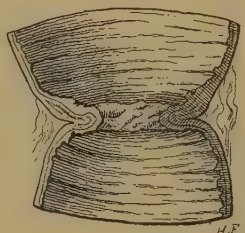

Fig. 33 (d'après Darier)

La possibilité de la rencontrer sur le segment iléo-cæcal, ou tout au moins sur le segment terminal de l'iléon, nous obligeait à la mentionner ici et à l'opposer à la forme précédente, mais il faut bien savoir que Darier la considère comme une variété éminemment rare.

Contrairement à ce qui a lieu dans la forme fibro-adipeuse où toutes les tuniques constitutives de l'intestin sont intéressées,

(1) Darier, *Bul. Soc. anat.*, 14 février 1890.

il n'y a ici ni lésions de la muqueuse, ni de la séreuse qui restent saines.

Les lésions se cantonnent dans les couches muqueuses de l'intestin et surtout dans la celluleuse.

Il y a sclérose sous-muqueuse et, au sein du tissu scléreux, on trouve des tubercules.

Le tissu scléreux, manifestation de défense, étouffe plus ou moins ces tubercules et constitue des brides dont la rétraction efface la lumière de l'intestin.

Des rétrécissements annulaires, en diaphragme, se trouvent ainsi constitués.

Au voisinage de la lésion, Darier a trouvé des ganglions caséeux. Fait plus grave, en un point la lésion était perforante et avait entraîné, avec l'ouverture de l'intestin, le développement d'une péritonite généralisée.

Darier a montré l'analogie d'évolution entre cette forme et le lupus de la face ou la tuberculose fibreuse des poumons.

Sachs l'appelle le lupus de l'intestin.

Il est vraisemblable que dans ce processus la tuberculisation doit se faire par la voie vasculaire (Darier).

§ 3. — Forme ulcéro-caséeuse, perforante de la tuberculose iléo-cæcale, avec suppuration.

Nous décrivons dans ce chapitre les cas dans lesquels le processus de destruction des tuniques intestinales par le bacille tuberculeux l'emporte rapidement sur la réaction de défense et où la perforation de l'intestin devient le fait capital dans la maladie.

C'est la forme qui fait les abcès et les fistules de la région iléo-cæcale. Elle est grave et difficile à guérir.

Les altérations des tuniques intestinales sont profondes en certains points.

Le premier degré de la lésion est représenté par ces petits

foyers de 2 à 3 millimètres de diamètre contenant des débris pulpeux et caséeux, et qu'on trouve parfois dans le derme de la muqueuse (R. Marie, lis. obs. 15).

R. Marie dans le cas qu'il rapporte a vu ces foyers caséeux s'ouvrir dans l'intestin lui-même et constituer comme de petits cratères, ou rester séparés de la cavité intestinale par toute l'épaisseur de la couche épithéliale de la muqueuse.

Mais le foyer caséeux peut s'ouvrir vers la périphérie, perforant de dedans en dehors toutes les tuniques intestinales, surtout quand la réaction de défense périphérique vient à manquer ou est insuffisante.

Le petit foyer caséeux primitif peut aussi devenir un abcès plus ou moins volumineux qui va se faire jour, tantôt dans le péritoine, pour donner une péritonite localisée ou diffuse, tantôt dans une anse intestinale voisine, et, dans certains cas, au dehors, pour laisser une fistule pyo-stercorale, unique ou multiple.

On peut même voir se constituer, autour du foyer primitif, un phlegmon iliaque (Terrier (1), lis. obs. 287), un phlegmon stercoral (Dieulafoy).

Dans un cas de Courtillier (2), (obs. 32), il existait dans la fosse iliaque droite une cavité purulente située dans l'interstice du psoas et de l'iliaque, étendue à toute la hauteur de la fosse iliaque et communiquant avec le côlon ascendant, par un orifice des dimensions d'une lentille.

Dans certains faits, la lésion tuberculeuse ulcéro-caséeuse ayant primitivement atteint l'appendice iléo-cæcal, c'est autour de lui que se produit l'abcès ou la fistule pyo-stercorale.

Cathelin (1), (obs. 33) rapporte un cas de fistule pyo-stercorale, à siège lombaire et consécutive à un abcès tuberculeux parti de la pointe de l'appendice iléo-cæcal.

(1) Terrier, *Bul. Soc. chir.*, 17 février 1892.
(2) Courtillier, *Bul. Soc. anat.*, 1896.
(1) Cathelin, *Presse médicale*, 1898.

§ 4. — **Forme d'ulcération simple, sténosante ou perforante.**

La tuberculose ulcéreuse de l'intestin se porte, de préférence, vers la fin de l'iléon et du cæcum, au niveau desquels on trouve toujours le maximum de lésions, quand la maladie est étendue à l'intestin tout entier (Spillmann) (1).

C'est surtout sur la valvule iléo-cæcale et autour d'elle que les ulcérations tuberculeuses atteignent leur plus grand développement.

La profondeur et l'étendue des ulcérations tuberculeuses du segment iléo-cæcal sont variables.

En profondeur elles peuvent atteindre la séreuse, mais elles la dépassent rarement, car elle est presque toujours épaissie et infiltrée au niveau du point intéressé (Spillmann).

Souvent on rencontre au voisinage des ulcérations des adhérences de la séreuse, soit avec les organes voisins, soit avec le péritoine pariétal, c'est-à-dire qu'il apparaît souvent autour d'elles de petits foyers de péritonite adhésive.

La mort est la conséquence habituelle de la tuberculose intestinale quand les lésions sont très étendues et sévissent à la fois sur tout l'intestin et sur d'autres organes essentiels.

Mais, au contraire, avec des lésions discrètes et localisées à de petits départements intestinaux et en particulier au segment iléo-cæcal où elles s'installent si volontiers, la guérison est très possible, la mort ne survenant jamais, dans ces cas, que du fait d'une perforation.

Malheureusement, quand la guérison de l'ulcération tuberculeuse s'opère, c'est souvent au prix d'une rétraction cicatricielle qui entraîne la sténose de l'intestin. Girode (2) a bien étudié ce processus et montré que la production de tissu fibreux se fait sur-

(1) Spillmann, Thèse agrég. Paris, 1878.
(2) Girode, *l'Intestin des tuberculeux*. Thèse de Paris, 1888.

tout aux dépens de la celluleuse, pendant que la musculeuse hypertrophiée est envahie par du tissu scléreux.

Ces rétrécissements cicatriciels tuberculeux de l'intestin sont aujourd'hui très connus et il est très rationnel d'admettre, dans le cadre des faits qui nous intéressent, que, nombre de rétrécissements de la fin de l'iléon et de la valvule iléo-cæcale, regardés comme d'origine inconnue, parce qu'on n'y a pas retrouvé la lésion tuberculeuse typique, n'en sont pas moins des rétrécissements tuberculeux. C'est l'opinion qu'exprimaient récemment MM. Quénu et Judet (1) sur des faits de ce genre qui leur sont personnels, mais dans lesquels on ne retrouvait pas trace de lésions tuberculeuses démonstratives.

Il nous semble que cette opinion trouve un sérieux appui dans une observation comme celle de Caussade et Charrier, rapportée ici sous le n° 22, où dans une tuberculose fibro-adipeuse typique, il n'y avait ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes et où le seul élément démonstratif était le bacille tuberculeux trouvé en grand nombre dans la muqueuse et les couches sous-jacentes. Que les bacilles vinssent à disparaître et des doutes pouvaient être émis sur la nature tuberculeuse de la lésion, comme dans les rétrécissements auxquels nous faisons allusion. Et, ce même fait qui rend vraisemblable l'opinion précédente, sur ces rétrécissements du grêle où on ne retrouve pas la lésion tuberculeuse typique, n'est pas moins suggestif en ce qui concerne les tumeurs dites inflammatoires du cæcum, et sur lesquelles toute lumière n'est pas encore faite.

L'ulcération simple peut entraîner la perforation de l'iléon ou du cæcum avec production d'une péritonite localisée ou diffuse.

Ces perforations tuberculeuses de l'intestin sont regardées comme rares par Spillmann (2), bien que Lebert dise les avoir

(1) Quénu et Judet, Rétrécissement du grêle. *Rev. chirurg.*, 1902).
(2) Spillmann, Thèse agrégation, Paris, 1878.

rencontrées dans 3 p. 100 des cas sur les malades atteints de tuberculose intestinale qu'il a eu l'occasion d'observer.

Oppenheim et Laubry (1) (obs. 34 et 35) font remarquer que le plus souvent, lorsque cette perforation survient, des adhérences protectrices ont antérieurement déterminé la formation d'un pseudo-kyste péritonéal limité par des anses intestinales, l'épiploon et le péritoine pariétal, différents viscères de l'abdomen ou du petit bassin, cavité dans laquelle vient s'épancher le contenu de l'intestin.

Dans ces conditions, c'est un phlegmon stercoral seulement qui résulte de la perforation, mais il n'en constitue pas moins une grave complication.

Oppenheim et Laubry disent qu'il est exceptionnel d'observer la communication de l'intestin avec la grande cavité péritonéale libre et dépourvue d'adhérences. Cependant ils rapportent deux cas de ce genre avec péritonite généralisée rapidement mortelle.

Dans un premier cas (V. obs. 34), la perforation siégeait à faible distance de la terminaison de l'iléon avec une solution de continuité des dimensions d'une tête d'épingle, placée au centre d'une ulcération en plaque.

Il existait, d'autre part, de nombreuses ulcérations dans le segment terminal de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant.

Dans un second cas (V. obs. 35), la perforation siégeait à 15 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale et se présentait sous l'aspect d'un petit orifice circulaire de la dimension d'une tête d'épingle et en partie caché par une fausse membrane formant clapet, ce qui explique qu'il échappa aux investigations chirurgicales dirigées contre lui.

Cette perforation siégeait sur la paroi latérale de l'intestin grêle à égale distance du bord libre et du bord mésentérique,

(1) Oppenheim et Laubry, *Arch. général. médic.*, 1898, p. 641.

et elle reposait sur une ulcération annulaire faisant le tour complet de l'intestin où elle se présentait avec une forme d'entonnoir.

Les régions de l'intestin grêle sus-jacentes à cette ulcération étaient absolument saines, et les régions sous-jacentes ne présentaient qu'une lésion analogue au niveau du cæcum. Les ganglions du mésentère étaient volumineux et l'un d'eux caséeux.

Albers (1) rapporte également des observations semblables et 6 cas de perforations tuberculeuses iléo-cæcales.

Et Letulle (2) rapportait récemment un cas de perforation tuberculeuse du cæcum avec mort par péritonite généralisée.

Les perforations tuberculeuses du segment iléo-cæcal méritent donc l'attention des médecins et des chirurgiens au même titre que les autres perforations intestinales.

(1) Albers, *Vierordt Archive*, t. X, p. 3.
(2) Letulle, *Bull. Soc. anat.*, 1898.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cæcale.

Le traitement chirurgical auquel on peut recourir pour combattre la tuberculose iléo-cæcale sous ses différentes formes est subordonné aux lésions créées par chacune d'elles.

§ 1. — Forme fibro-adipeuse.

La forme fibro-adipeuse apparaît, comme une tuberculose intestinale toute locale, une véritable tumeur dont la guérison complète est possible chirurgicalement, par l'ablation intégrale du foyer tuberculeux qu'elle représente.

Le traitement de choix de cette affection, toujours indiqué aussitôt que le diagnostic en est établi, sera donc la résection large et totale du segment iléo-cæcal atteint.

Par la résection totale, on guérira le malade d'une entérite tuberculeuse locale grave et tenace, sur laquelle un traitement médical ne saurait être réellement efficace, comme d'une sténose intestinale imminente, sinon déjà constituée.

Nous ne parlerons pas ici de la résection partielle du cæcum pour petite tumeur tuberculeuse. Peut-être a-t-elle donné quelques résultats satisfaisants, mais il est à craindre qu'elle ne soit le plus souvent qu'une opération insuffisante, pour voir et détruire le mal tout entier.

La résection totale du segment iléo-cæcal faite pour la première fois par Kraussold en 1879, pour un cancer du cœcum, a

été appliquée pour la première fois à la tuberculose par Czerny, à l'étranger, en novembre 1886, et par Bouilly en France, en décembre 1887.

Depuis elle a donné les succès opératoires les plus encourageants, et, de l'étude des faits nombreux aujourd'hui publiés, on retire la conviction que les résultats si satisfaisants déjà obtenus, deviendront meilleurs encore par une technique opératoire de plus en plus rigoureuse et mieux réglée, appliquée avec opportunité, chez des malades bien préparés.

1° *Opportunité de la résection iléo-cæcale.* — La résection iléo-cæcale pour tuberculose fibro-adipeuse doit toujours être faite aussitôt que le diagnostic est établi, c'est-à-dire aussitôt que possible, mais elle ne doit être pratiquée que chez des individus dont l'état général est resté assez satisfaisant pour qu'une opération de longue durée puisse être bien supportée.

L'examen du poumon et des autres régions de l'économie au point de vue d'autres lésions tuberculeuses possibles, l'examen des urines au point de vue de l'albumine doivent être faits avec le plus grand soin.

La notion de lésions tuberculeuses pulmonaires déjà avancées, de lésions tuberculeuses multiples, de lésions probables en d'autres points de l'intestin, de lésions anale, péri-anales, génitales, ou autres encore, contre-indique une intervention aussi radicale que la résection iléo-cæcale.

Il en est de même de la notion d'une albuminurie assez abondante, critérium, chez les tuberculeux, d'une déchéance déjà profonde de tout l'organisme.

Chez ces débilités on ne fera jamais que des interventions palliatives et rapides, quand elles deviendront nécessaires.

Une autre contre-indication importante de la résection iléo-cæcale est la crise d'occlusion intestinale aiguë qui peut résulter de la tumeur tuberculeuse elle-même.

L'expérience est acquise qu'on ne doit pas, au cours d'une crise

d'occlusion aiguë survenant dans ces conditions, faire de résection intestinale. Il faut seulement recourir aux moyens palliatifs rapides.

Quand, pour les raisons qui viennent d'être énoncées, la résection ne devit pas être pratiquée, le moyen palliatif rapide auquel il faudrait recourir, serait l'entéro-anastomose pratiquée entre l'iléon, au-dessus du point malade, et le côlon transverse ou mieux l'S iliaque.

Cette opération peut être effectuée en 20 à 30 minutes, c'est-à-dire presque aussi vite que la confection d'un anus contre nature, et, comme dans le cas particulier, cet anus devrait être pratiqué sur l'intestin grêle, il est à repousser, autant que tout anus sur le grêle doit l'être.

Ultérieurement, si l'état du malade le permettait, on pourrait pratiquer une opération plus efficace.

Préparation du malade. — Quand la résection est indiquée, le malade doit être préparé à l'opération.

Il faut s'efforcer dans les jours qui précèdent d'obtenir une évacuation aussi complète que possible du contenu intestinal, tout en évitant de recourir aux purgatifs, qui seraient probablement très mal supportés, en raison du degré souvent très marqué de la sténose intestinale, à l'endroit de la tumeur.

On donnera pendant quelques jours des lavements répétés matin et soir. Dans le même temps, le malade sera mis à la diète lactée et même à la diète hydrique la veille du jour de l'opération, pour avoir au moment de l'intervention des anses intestinales aussi peu distendues et aussi peu septiques que possible.

Technique opératoire. — 1er TEMPS. — *Incision de laparotomie.* — Le malade est placé en position déclive de Trendelenburg, avec une inclinaison moyenne, que l'on accentue, s'il y a lieu, au cours de l'opération (fig. 24).

L'incision est faite sur la ligne médiane, du pubis à l'ombilic,

pour être prolongée, à un moment donné, au-dessus de celui-ci, s'il y a nécessité.

On ne se servirait de l'incision latérale au bord externe du muscle grand droit, ou de l'incision curviligne à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure, que si, ayant fait une erreur de diagnostic et croyant par exemple intervenir pour une lésion d'appendicite banale, on se trouvait tout à coup en présence d'une tuberculose iléo-cæcale.

L'incision latérale a bien été recommandée par quelques auteurs, mais elle ne saurait permettre, comme l'incision médiane,

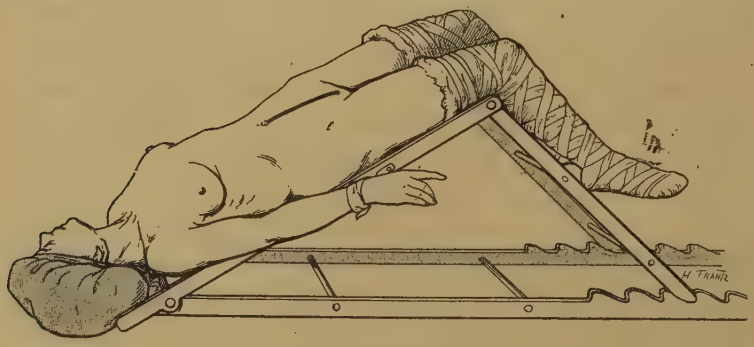

Fig. 34.. — Position déclive avec inclinaison moyenne.

de parer facilement à toute difficulté imprévue de résection ou d'entéro-anastomose consécutive.

D'autre part, quand une tumeur du ventre est susceptible de présenter des adhérences intimes, ou des connexions avec l'intestin, impossibles à prévoir, il est indiqué de ne l'aborder que par une incision de laparotomie faite à distance.

L'incision médiane remplit précisément cette dernière condition quand il s'agit de tumeur tuberculeuse iléo-cæcale, d'autant qu'associée à la position déclive elle donne un accès facile sur la tumeur.

Encore a-t-on la ressource, si on a besoin à un moment donné

d'un jour considérable, de brancher une incision transversale sur l'incision principale.

L'expérience a montré qu'on ne risquait pas de compromettre la solidité ultérieure de la paroi, en sectionnant le droit en travers, si on avait soin de rétablir la continuité de ses fibres par une bonne suture.

2e TEMPS. — *Mise à demeure de deux écarteurs et examen à découvert de la tumeur iléo-cæcale.* — L'incision faite, un écarteur est posé sur chaque lèvre, pour faire un premier examen, « à l'œil », de la région iléo-cæcale, et juger des dimensions de la tumeur à enlever, de ses connexions probables, avant d'y toucher.

A ce moment, si l'incision de laparotomie est jugée insuffisante on la prolonge, dans la mesure nécessaire, au-dessus de l'ombilic.

3e TEMPS. — *Protection du péritoine et isolement de la tumeur à enlever.* — Avant de toucher à la tumeur, il est très important de protéger le péritoine des régions saines avec le plus grand soin.

Pour y parvenir, il est avantageux de recourir à des compresses qui, par un tissu assez serré, présentent un certain degré d'imperméabilité tout en conservant une grande souplesse.

La compresse de toile à maille fine, souple, humide et chaude est celle qui remplit les meilleures conditions et que recommande M. Terrier.

Avec quelques-unes de ces compresses, on bâtit une première ligne de protection péritonéale encerclant la tumeur et qui restera immuable, jusqu'au moment où tout danger d'inoculation septique du péritoine aura disparu.

En dedans de ce premier plan, on dispose autour de la tumeur des compresses de gaze hydrophile humidifiées et destinées à recevoir la goutte de sang qu'aura provoqué le détachement

d'une adhérence ou la goutte septique qui pourrait à un moment donné s'échapper de l'intestin qu'on aurait déchiré en voulant le libérer.

Ces compresses de gaze sont renouvelées à volonté.

Grâce à ces moyens de protection, l'opération va se passer comme en dehors du ventre.

4e TEMPS. — *Dégager la tumeur de ses adhérences et mobiliser le segment iléo-cæcal dans la plus grande mesure possible, pour l'extérioriser.* — Les adhérences doivent être détruites méthodiquement, une à une, et l'hémostase faite à mesure, quand l'adhérence rompue vient à saigner.

Dans presque tous les cas, on trouve l'épiploon adhérent à la partie antérieure de la tumeur et c'est par lui qu'il faut commencer la libération de celle-ci.

Souvent, l'épiploon ainsi fixé se trouve lui-même envahi par la tuberculose sur une plus ou moins grande étendue et il est nécessaire de le sectionner à distance des points adhérents et malades.

Pour diviser le tablier épiploïque dans toute sa largeur, on le séparera en trois ou quatre languettes correspondant aux vaisseaux principaux et pour les sectionner aux points voulus, après les avoir écrasées avec une pince écrasante.

Les ligatures sont placées un peu au-dessus des points écrasés et les chefs de leurs fils, enserrés par une pince, maintiennent au dehors, sous une compresse, l'extrémité libre du tablier épiploïque restant et qui ne sera rentrée que plus tard.

On s'occupe ensuite des adhérences avec l'intestin voisin ; elles sont détruites à coups de doigt, sans force, avec la plus grande attention, aussi complètement que possible.

Si, au cours de ces manœuvres, l'anse adhérente venait à être ouverte en un point, ou menaçait de l'être, il faudrait, immédiatement après le décollement, pratiquer une suture à deux plans au niveau de la fissure ou du point faible.

En troisième lieu on se préoccupera des adhérences de la tumeur avec la paroi et la fosse iliaque, pour en arriver finalement à la mobilisation du segment iléo-cæcal et à son extériorisation.

L'extériorisation de l'anse peut être rendue facile ou difficile, par plusieurs conditions qui tiennent :

1° A la situation qu'elle occupe dans la cavité abdominale ;

2° Aux adhérences qu'elle a contractées autour d'elle ;

3° A la disposition du péritoine qui la revêt.

Les situations moyenne et basse du segment iléo-cæcal sont des facteurs d'extériorisation facile.

La situation haute l'est moins, surtout quand le cæcum s'avance sous le foie.

De même les dispositions péritonéales étudiées au chapitre de l'anatomie sous les appellations de dispositions typiques et de dispositions atypiques favorables sont des conditions de succès.

Avec les premières, l'incision de bas en haut du ligament latéro-colique ascendant suivant la ligne indiquée figure 32, donne immédiatement de la mobilité, si de fortes adhérences n'existent pas à la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant.

Avec les secondes, nous avons vu combien grande peut être la mobilité du segment iléo-cæcal.

En revanche, avec les dispositions atypiques défavorables du péritoine, les difficultés peuvent être considérables.

Il est vrai qu'on pourra, dans une certaine mesure, y remédier par le procédé du décollement pariétal de l'intestin, préconisé par Pierre Duval (1) pour la mobilisation du côlon iléo-pelvien.

Que l'iléon ou le cæcum, ou les deux à la fois viennent, à adhérer par leur face postérieure à la paroi abdominale postérieure, pour les raisons anatomiques que l'on sait, et qu'on

(1) Pierre Duval, *loc. cit.*

vienne à inciser le péritoine au pourtour des points soudés, on pourra, à la faveur de cette incision, opérer par l'ongle et le doigt un décollement de bas en haut, et d'arrière en avant, dont le résultat sera la restitution, à l'anse adhérente, de son méso primitif.

Ce décollement se fera par la séparation l'un de l'autre des deux feuillets constitutifs du fascia rétro-iléo-colique. Le méso-soulevé entraîne avec lui les vaisseaux nourriciers qui arrivent à l'anse.

Redevenu mobile du fait de ce décollement, le segment iléo-cæcal redevient facile à extérioriser.

Des trois groupes de causes qui peuvent rendre l'extériorisation particulièrement difficile, le plus important a trait aux adhérences pathologiques. Ce sont elles surtout qu'il faut redouter, et, quand elles sont intimes, on peut risquer, à vouloir les détruire quand même, des désordres graves, tels qu'une déchirure ou une ouverture larges de l'intestin, parfois impossible à réparer autrement que par un anus ou mieux une exclusion. Les adhérences seront particulièrement marquées et dangereuses à partir du moment où la forme fibro-adipeuse typique de la maladie tendra vers la forme ulcéro-caséeuse. Dans ce dernier cas, on sera exposé à rencontrer au sein d'une adhérence large et épaisse un abcès à contenu plus ou moins septique, derrière lequel il existe une paroi friable et facile à déchirer, si déjà elle n'a pas été ouverte par l'abcès lui-même.

En pareille circonstance, mieux vaut renoncer à la résection et recourir à l'exclusion que de s'exposer à une ouverture malencontreuse de l'intestin, difficile ou impossible à fermer quand elle est très postérieure, ou mal placée.

5e TEMPS. — *Section de l'intestin.* — On a vu par l'anatomie pathologique, qu'il est assez facile de reconnaître par l'examen extérieur de l'anse malade les limites du processus morbide. C'est à quelques centimètres en amont et en aval de ces limites

qu'il faudra pratiquer la section de l'intestin. Le premier acte de ce temps opératoire sera la coprostase.

De la gaze hydrophile découpée en lanières et humectée est bourrée avec le plus grand soin autour des points où la section va porter.

Une pince clamp est posée sur l'intestin en amont de la tumeur, et, au moyen des doigts, on refoule le contenu de l'intestin dans les quelques centimètres sus-jacents à la pince. Les matières refoulées sont maintenues par une deuxième pince placée à 4 ou 5 centimètres de la première.

Quand le sujet est bien préparé à l'opération, les clamps de coprostase ne sont pas absolument indispensables, l'intestin étant affaissé et presque vide de gaz et de matières. A ce moment, la conduite à suivre variera suivant le genre d'anastomose auquel on se proposera de recourir pour rétablir la continuité de l'intestin.

A ce dernier point de vue, trois procédés peuvent être mis en œuvre :

a) L'entérorraphie circulaire.

b) L'implantation latérale de l'iléon dans le côlon ascendant.

c) L'entéro-anastomose latéro-latérale.

C'est ce dernier procédé, recommandé par Sem, qu'il faut préférer ; c'est lui que nous allons décrire, nous réservant de donner plus loin quelques indications sur les deux autres, pour montrer ensuite quels sont, par rapport à eux, les avantages de l'anastomose latéro-latérale.

Quand on se propose de faire l'entéro-anastomose latéro-latérale, on peut bénéficier des avantages importants que donne l'écrasement de l'intestin avant la section.

Au milieu de l'intervalle qui sépare les clamps de coprostase, l'intestin est écrasé par deux coups de pince écrasante donnés côte à côte, pour obtenir une surface d'écrasement de 3 centi-

(1) Terrier et Gosset, De l'exclusion de l'intestin, *Rev. de chir.*, 10 décembre 1900.

mètres environ (Terrier et Gosset) (1). L'écrasement doit porter sur toute la largeur de l'intestin et sur l'arcade vasculaire qui le longe.

L'intestin écrasé se trouve réduit à la minceur d'une feuille de papier, et deux ligatures à la soie sont posées sur l'intestin au droit de la surface écrasée. En réalité, il faut poser un premier fil à ligature sur l'intestin et un deuxième sur l'arcade vasculaire qui le longe.

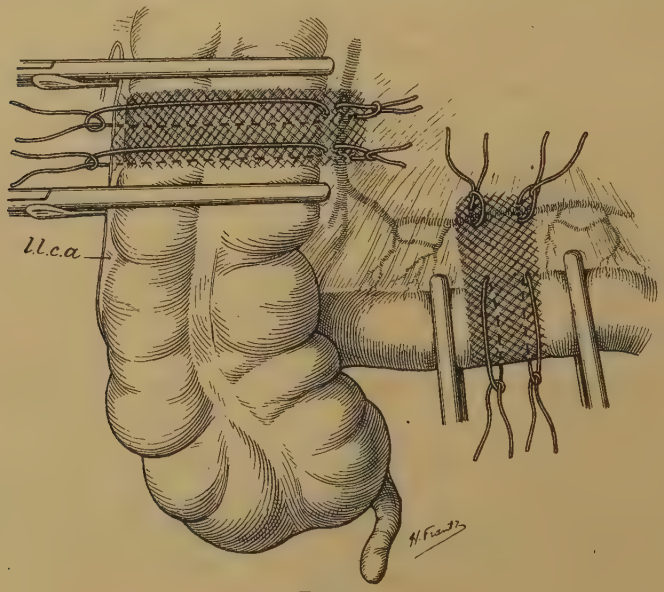

Fig. 35.

Quand les fils à ligature intestinale sont serrés, l'intestin est coupé entre eux au bistouri (V. fig. 35).

Grâce à l'écrasement, aucune matière septique ne peut s'en écouler ; « il était comme fermé avant d'être sectionné » (Terrier et Gosset). « Il ne reste plus qu'à enfouir la partie écrasée et liée en bourse.

« On l'enfouit comme cela se pratique couramment pour le moignon appendiculaire que l'on invagine dans la paroi cæcale ;

un surjet à la soie, séro-séreux, à la Lembert, permet de faire une sorte de bourse dans laquelle on enfonce le moignon et, lorsque le surjet est serré, le moignon se trouve complètement caché. » (Terrier et Gosset) (V. fig. 36 et 38).

Pour le gros intestin, on fait un surjet séro-séreux (V. fig. 38). Les manœuvres sont exécutées successivement en amont, puis en aval de la tumeur.

On se préoccupe ensuite de la section du mésentère, formant ligament iléo-colique.

La disposition des artères est telle, que l'on n'a pas à craindre de prendre, du mésentère et des ganglions qu'il contient, tout ce

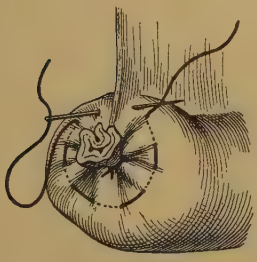

Fig. 36.

Fig. 37.

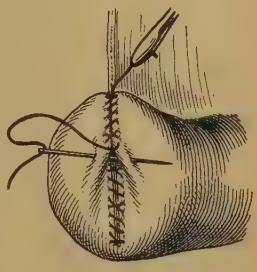

Fig. 38.

qu'il est utile d'enlever; la nutrition des segments intestinaux voisins étant largements assurée, d'une part, sur le grêle, par les multiples branches anastomotiques et très rapprochées que la mésentérique supérieure lui apporte, d'autre part, sur le gros intestin, où la nutrition du côlon ascendant est garantie par la branche descendante de la colique moyenne, anastomosée à plein canal avec la colique ascendante, ce qui permet de sacrifier celle-ci s'il est besoin. La résection du mésentère sera faite triangulaire à base intestinale.

Quand le ligament iléo-colique est coupé de part et d'autre, la tumeur se trouvant complètement libérée, est enlevée et il ne

reste qu'à extirper tous les ganglions malades qui peuvent rester encore, avant de rétablir la continuité de l'intestin.

La plupart des ganglions intéressés sont ceux de l'angle iléo-cæcal supérieur et ils se trouvent enlevés avec la tumeur elle-même, mais on en peut trouver de très malades beaucoup plus haut, remontant la mésentérique jusqu'au pancréas et au delà ; on les enlèvera dans la plus grande mesure possible.

Dans toutes ces manœuvres, il faut se souvenir que l'uretère est souvent près du point d'attache du ligament iléo-colique, que

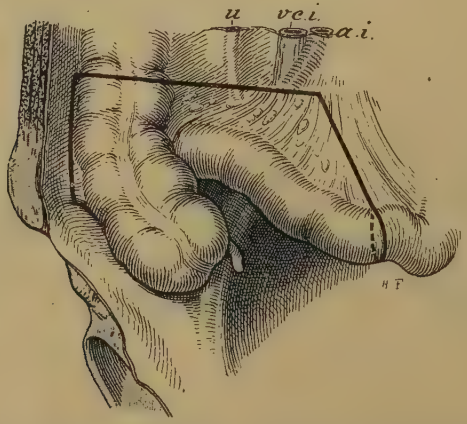

Fig 39. — Le tiré noir montre la ligne de section de bas en haut du ligament latéro-colique ascendant et les lignes de section du triangle mésentérique près du sommet duquel se trouvent l'uretère, la veine cave inférieure, l'artère iliaque primitive.

la veine cave inférieure ou les vaisseaux iliaques droits en sont également très proches, et qu'on doit y prêter la plus grande attention (V. fig. 39).

La résection terminée, il faut se préoccuper de rétablir la continuité de l'intestin et de péritoniser, autant que possible, la surface pariétale cruentée.

L'anastomose latéro-latérale peut être pratiquée entre le bout iléal et la portion restante du côlon ascendant, ou le côlon transverse ou même le côlon iléo-pelvien (S iliaque).

L'anastomose avec le côlon ascendant est possible et facile, quand on n'a réséqué qu'une petite partie de cette anse et que sa situation est assez basse pour qu'elle reste facile à aborder.

Mais, quand la résection en a enlevé une grande partie, ou quand elle se trouve haut placée, sous le foie, il faut renoncer à l'utiliser pour l'anastomose et recourir au côlon transverse, souvent très mobile et facile à abaisser.

Cependant il peut lui-même être très haut placé ou être attaché de trop court pour se laisser entraîner vers en bas. Inversement, l'iléon peut être inséré très bas ou attaché de très court, comme nous en avons vu des exemples, dans notre étude anatomique.

Dans ces deux ordres de cas, on pourrait recourir à l'S iliaque toujours facile à atteindre et au méso de laquelle on pourra toujours rendre de la longueur s'il était besoin, par le procédé du décollement pariétal de Pierre Duval (1).

L'iléo-sygmoïdostomie est de plus en plus recommandée dans ces sortes d'interventions.

C'est une bonne opération, qui peut être pratiquée sans inconvénient pour les fonctions intestinales et avec le grand avantage de mettre au repos la plus grande partie d'un côlon souvent malade depuis longtemps, même dans les régions qui ne sont pas tuberculisées.

Mais, pour être bonne, l'iléo sygmoïdostomie doit être faite aussi haut que possible sur le côlon iléo-pelvien, afin d'éviter les inconvénients d'une diarrhée plus ou moins persistante, résultat du déversement, dans le voisinage du rectum, du contenu liquide de l'intestin grêle.

M. Terrier, qui a observé un fait de cet ordre, recommande de laisser 30 à 40 centimètres de gros intestin au-dessous de la bouche anastomotique.

(1) Pierre Duval, *loc. cit.*

Qu'on ait choisi le côlon ascendant, le côlon transverse ou l'S iliaque pour pratiquer l'anastomose latéro-latérale, les manœuvres à effectuer pour la réaliser dans de bonnes conditions sont les suivantes :

1° Extérioriser autant que possible les anses à unir et refaire une barrière de protection péritonéale, la première qui avait été faite ayant dû être enlevée après la résection et la fermeture des bouts restants et pour le rapprochement des anses à anastomoser.

FIG. 40.

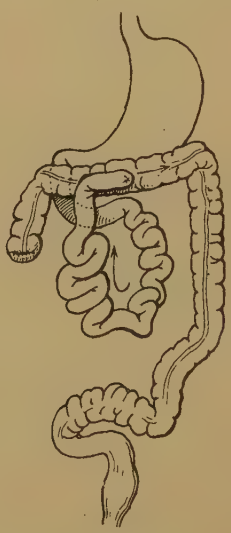

FIG. 41.

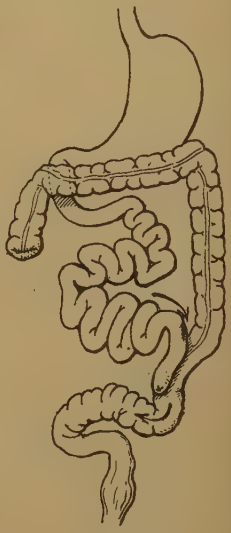

FIG. 42.

2° Apposer l'iléon « dans le sens de la péristaltique », au segment du gros intestin choisi pour l'anastomose.

On mettrait le bord inférieur de l'iléon au contact du côté gauche du côlon ascendant, du bord inférieur du côlon transverse, du côté droit de l'S iliaque, comme l'indique les schémas ci-dessous. (Voy. fig. 40, 41, 42.)

3° Faire un surjet postérieur d'approche séro-séreux entre les intestins à unir et sur une longueur de 8 à 10 centimètres. On

se servira pour sa confection de soie fine et d'une aiguille de couturière, ronde et droite. L'opérateur coudra de sa gauche vers sa droite.

Un premier point est passé à 2 centimètres au moins de l'extrémité fermée de l'intestin à anastomoser ; un nœud est pratiqué

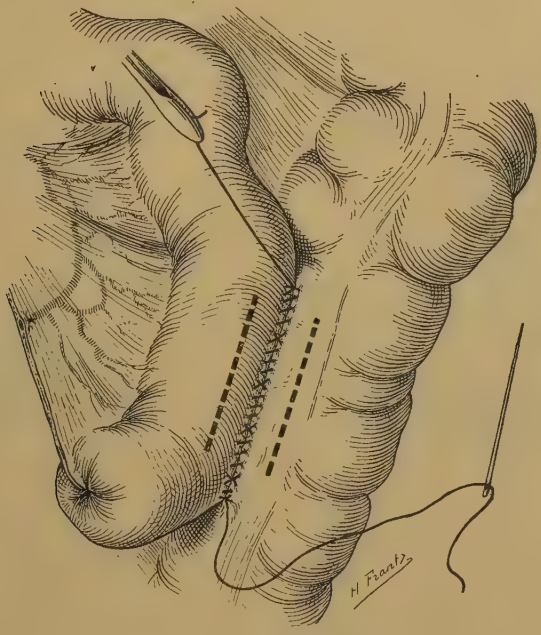

Fig. 43. — Confection du surjet postérieur de gauche à droite.

et le court chef est retenu par une pince à pression, tandis que le long chef va servir au surjet.

Celui-ci doit prendre à la fois la séreuse et une partie de la musculeuse, et chaque point doit être bien serré par un coup de doigt de l'aide, développant une certaine pression, à l'endroit de la sortie du fil. Le surjet est arrêté tous les trois ou quatre points.

Dans l'ensemble, ce surjet postérieur doit décrire une courbe à concavité antérieure.

Pour que cette courbe ait le degré voulu, on ramènera le surjet un peu d'arrière en avant, par deux ou trois points, au moment où il aura atteint son extrémité droite ; après quoi, le fil est arrêté, repéré par une pince et mis sous une compresse pour être repris plus tard.

Le surjet postérieur terminé, on fait la coprostase au moyen de

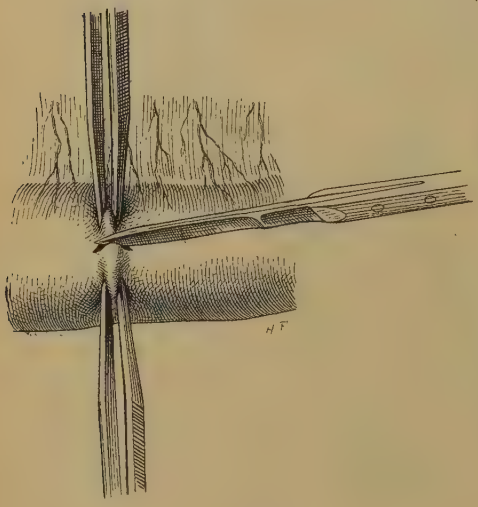

Fig. 44.

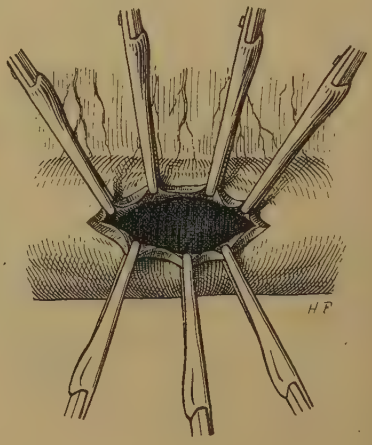

Fig. 45.

pinces courbes sur l'iléon et sur le gros intestin, à quelques centimètres des points où ils vont être ouverts.

Des lanières de gaze hydrophile humectées sont bourrées autour des points qui vont être ouverts.

3° Ouverture des deux intestins. L'ouverture sera faite à 4 ou 5 millimètres du surjet séro-séreux (V. fig. 43), sera linéaire et aura 5 centimètres environ de longueur.

Pour inciser, on soulève un pli transversal de l'intestin, en regard du milieu de la suture qui vient d'être faite, au moyen de

la pince à griffes, que l'opérateur tient de sa main gauche et d'une petite pince de Kocher-Terrier que l'aide soulève (V. fig. 44).

Le pli est sectionné verticalement (V. fig. 44) et l'incision est achevée dans les deux sens, avec des ciseaux, pendant que les

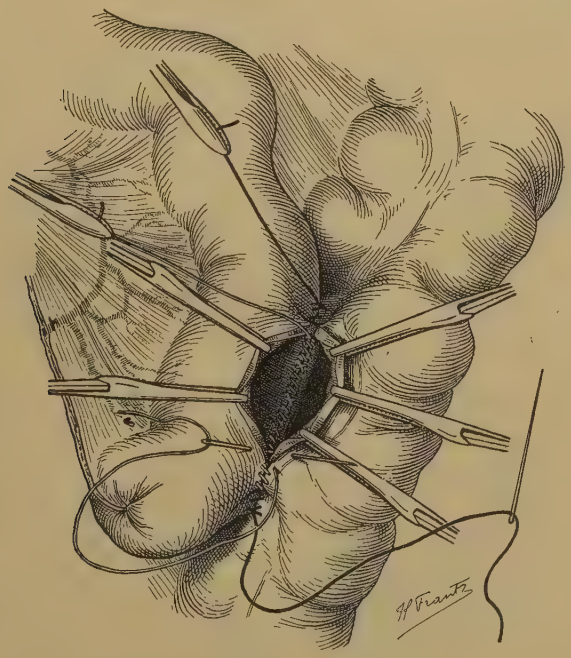

Fig. 46. — Confection du surjet total (fil blanc) au devant du surjet postérieur (fil noir).

vaisseaux qui saignent sont pincés à mesure, au moyen de petites pinces de Kocher-Terrier (V. fig. 45).

Le mucus et les quelques débris de matières qui tendent à s'écouler par la brèche qui vient d'être faite sont soigneusement essuyés avec de petits tampons de gaze humide montés sur pince, pour que l'opérateur ne se salisse pas les doigts.

Deux de ces tampons sont placés dans l'une et l'autre anses

intestinales pour former bouchon contre tout écoulement par péristaltisme.

On retirera ces deux bouchons au moment où la suture des lèvres de l'ouverture touchera à sa fin.

On commence la suture des lèvres de ces deux bouches intestinales, par les deux postérieures, en allant de leur extrémité

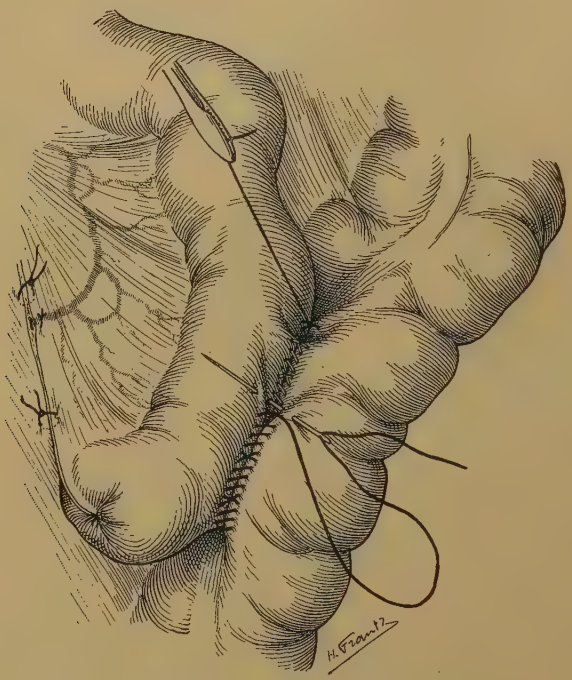

Fig. 47. — Confection du surjet final (fil noir antérieur).

gauche à la droite et en les transfixant à 3 ou 4 millimètres de leur bord libre.

Ce surjet fait l'hémostase en même temps qu'il rapproche. Il doit être bien serré et interrompu tous les trois ou quatre points (V. fig. 46).

Quand on a rapproché les deux lèvres postérieures de la

bouche dans toute leur étendue, on continue le même surjet, sans interruption, sur les deux antérieures, c'est-à-dire de droite à gauche. Quand on est revenu au point de départ, on noue le fil qui vient de faire le tour de la bouche, à son chef initial.

Lorsque la suture péri-buccale est terminée, on l'enfouit complètement par l'achèvement du surjet séro-séreux dont on avait fait la moitié postérieure comme temps initial de l'anastomose et dont on fait la moitié antérieure comme temps final.

Pour la confection de cette moitié antérieure du surjet séro-séreux, on se sert du chef droit restant de la moitié postérieure, c'est-à-dire qu'on termine en cousant de droite à gauche. Il est important de bien serrer ce surjet. Pour cela, l'aide recourt à la manœuvre indiquée plus haut à l'occasion du postérieur.

Faisons remarquer qu'il est important pendant la confection du surjet péri-buccal de faire essuyer par l'aide, au moyen de petits tampons de gaze humide, toute goutte de mucus, de liquide intestinal ou de sang qui tend à s'échapper entre les lèvres de la bouche et à se répandre sur les parties voisines. Les mêmes précautions sont à prendre pendant qu'on fait le surjet séro-séreux antérieur et les tampons de gaze doivent être renouvelés à chaque instant.

De même, il faut que l'opérateur et l'aide se lavent les mains au moins à chaque temps nouveau de la suture. Ce sont là d'autres précautions non moins importantes que celles de protection, et on ne saurait y apporter trop de rigueur, étant donné la septicité toujours très grande du contenu intestinal dans le voisinage d'une région qui a été longtemps malade ou sténosée.

Une main qui vient d'être souillée en touchant l'intestin ouvert transportera l'instant d'après, si on n'y prend garde, des germes très virulents, sur les territoires péritonéaux avoisinants.

Quand la suture est terminée, il reste à s'occuper de l'union du méso-iléon au méso-côlon, au-dessous de l'anastomose, pour

éviter qu'entre les deux ne puisse s'engager une anse intestinale qui pourrait s'y étrangler.

On les unit l'un à l'autre par quelques points de suture ou même par un surjet, et, s'il y a trop de longueur du côté du méso-iléon, on peut le plisser ou le fixer à la paroi abdominale postérieure par quelques points.

Il faut enfin péritoniser autant qu'on le peut les surfaces cruentées du fait de la résection. On y parviendra dans une

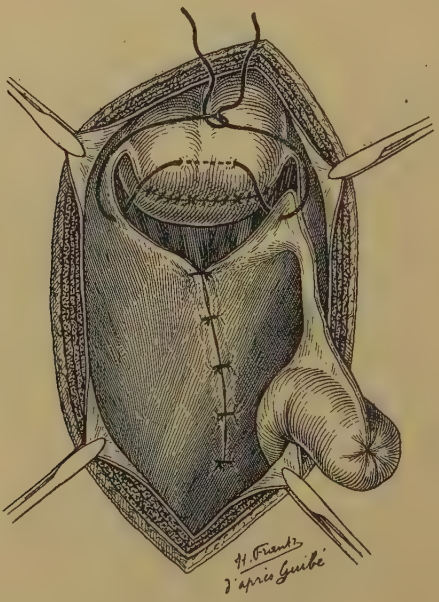

Fig. 48. — Péritonisation.

certaine mesure en mobilisant le péritoine des territoires qui entourent ces surfaces.

On ferme ensuite la cavité abdominale en laissant ou non, suivant les cas, un drain à demeure pendant deux ou trois jours.

Telle est la technique de la résection iléo-cæcale avec anastomose latéro-latérale. Nous verrons plus loin les avantages que

présente cette dernière sur les deux autres variétés d'anastomose que nous allons maintenant décrire : l'entérorraphie circulaire et l'implantation latérale de l'iléon.

L'entérorraphie circulaire peut être faite par suture, ou avec bouton anastomotique.

Si on veut recourir à l'anastomose circulaire, il ne faut pas écraser l'intestin mais faire seulement sa section entre deux clamps.

La section sera faite au bistouri et non au thermo-cautère. On se leurre en croyant éviter un danger quelconque par la section au fer rouge de l'intestin, et même il arrive que le contact brusque du fer rouge avec le liquide contenu dans l'anse détermine la projection de gouttelettes septiques sur les régions voisines et par phénomène de caléfaction.

Après section de l'intestin et du mésentère aux deux points extrêmes, on nettoie les tranches intestinales avec de petits tampons de gaze hydrophile humectée et on les approche l'une de l'autre pour la suture.

Pour effectuer celle-ci, on fait un premier surjet total, partant du bord libre de l'intestin, pour aller vers le bord mésentérique en suivant la face postérieure et revenir au bord libre en suivant la face antérieure.

Ce premier surjet pourra présenter certaines difficultés étant donné l'inégalité de calibre des deux anses en présence, le côlon ascendant pouvant être beaucoup plus large que l'iléon.

Il faudra, pour y remédier, prendre un peu plus à chaque point du côté du côlon que du côté de l'iléon.

Le surjet sera interrompu tous les trois ou quatre points (V. fig. 49).

Ce premier surjet, total et circulaire, sera enfoui par un second, séro-séreux, partant du milieu de la face postérieure du tube intestinal, gagnant le bord mésentérique, traversant la face

antérieure, doublant le bord libre, pour revenir à son point de départ.

On ne commencera pas, comme pour le premier, au niveau du bord libre, pour éviter la superposition de quatre nœuds d'origine et de terminaison et on ne commencera pas non plus, au niveau du bord mésentérique, car on risquerait fort de ne pas bien terminer son surjet en ce point.

On termine par quelques points de suture sur les deux bords du mésentère (V. fig. 50 et 51).

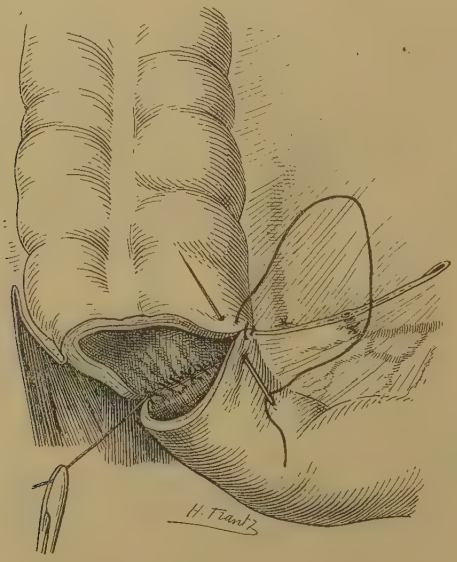

Fig. 49.

On peut se servir d'un bouton anastomotique pour faire l'anastomose circulaire, et ce moyen qui ne saurait être recommandé ici peut être utilisé de la façon suivante : Pourvu d'un bouton de Murphy, les deux moitiés sont soutenues par une pince à forcipressure qui en saisit le cylindre central, on passe au moyen de l'aiguille ronde de couturière un fil de soie, tout au-

Fig. 50.

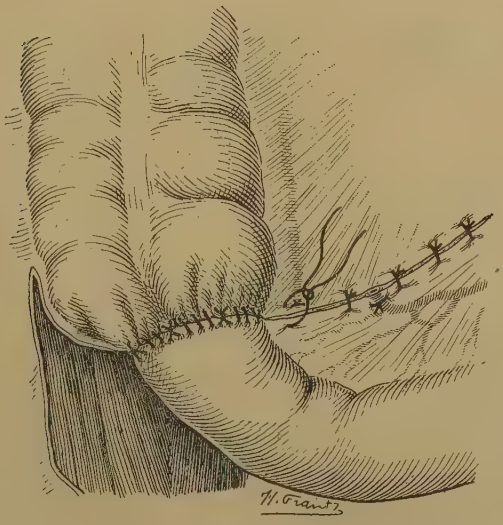

Fig. 51.

tour de l'iléon, à 3 ou 4 millimètres de sa tranche de section. Ce fil est faufilé, passant sous la musculo-séreuse en un point, pour s'en dégager quelques millimètres plus loin alternativement, pour faire ainsi le tour de l'intestin.

On fait de même du côté du côlon et on introduit dans chaque bout de l'intestin une des moitiés du bouton, en mettant de préférence la moitié mâle du bouton dans l'iléon et la moitié femelle dans le côlon.

Le fil faufilé est serré de chaque côté sur le tube central de la moitié de bouton qu'il doit soutenir.

Sur la moitié mâle, il est recommandé de serrer le fil contre le tube central, au delà de la bague et non pas dans le sillon qui sépare la bague du champignon, ce qui entraînerait l'interposition de la bague entre les deux bouts de l'intestin.

Les fils sont coupés et les deux moitiés du bouton rapprochées.

Enfin, on peut faire l'entéro-anastomose par implantation latérale de l'iléon dans le côlon ascendant.

Le côlon est fermé au point sectionné en aval de la tumeur et le bout iléal, maintenu fermé par un clamp placé à 3 ou 4 millimètres du point de section, est approché de la face antérieure du côlon.

On fait un premier surjet séro-séreux, postérieur, demi-circulaire, à concavité antérieure à 5 millimètres environ de la tranche de section et sur le milieu de la face latérale de l'anse intacte. Le long chef de ce surjet est conservé après arrêt.

A 5 millimètres de ce surjet postérieur, on fait un pli longitudinal au côlon et on l'incise de manière à y faire une boutonnière de dimensions égales à celles de l'ouverture iléale.

On réunit par un surjet total les lèvres de l'une et de l'autre et on achève circulairement le surjet séro-séreux par lequel on avait commencé. (Voy. fig. 52 et 53).

La description qui précède permet maintenant de se rendre

compte des avantages de l'anastomose latéro-latérale sur les deux autres variétés.

D'après MM. Terrier et Baudoin (1), le principal avantage de l'anastomose latérale, c'est de mettre en contact des surfaces séreuses de grandeur voulue, sans porter préjudice à l'intestin et d'obtenir une soudure rapide et large des bouts intestinaux, sans le moindre inconvénient.

Dans l'entérorraphie circulaire, en effet, mieux les séreuses

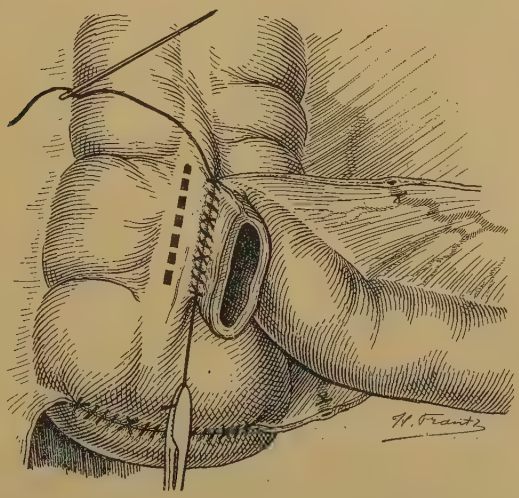

Fig. 52.

sont appliquées l'une à l'autre, moins la lumière de l'intestin est grande ; on arrive même à une fermeture absolue dans certains cas d'intestin étroit, tandis qu'avec l'apposition latérale, la largeur des bouts intestinaux importe peu et on peut établir entre eux une communication aussi large qu'on le désire.

Nous ajouterons, qu'aujourd'hui un avantage également im-

(1) Terrier et Baudoin, *la Suture intestinale*, Paris, 1898, p. 277.

portant s'ajoute aux précédents, c'est la possibilité, quand on se propose de faire l'anastomose latérale, d'écraser l'intestin avant de le sectionner.

Grâce à l'écrasement, la section pourra être faite comme sans ouverture de la cavité intestinale, sans danger d'infection de la région opératoire, et, s'il est nécessaire, de faire ensuite deux nouvelles ouvertures intestinales pour l'anastomose, les conditions de protection péritonéale pourront être à ce moment-là mieux, assurées qu'elles ne pouvaient l'être, au moment des sections en de-çà et au delà de la tumeur.

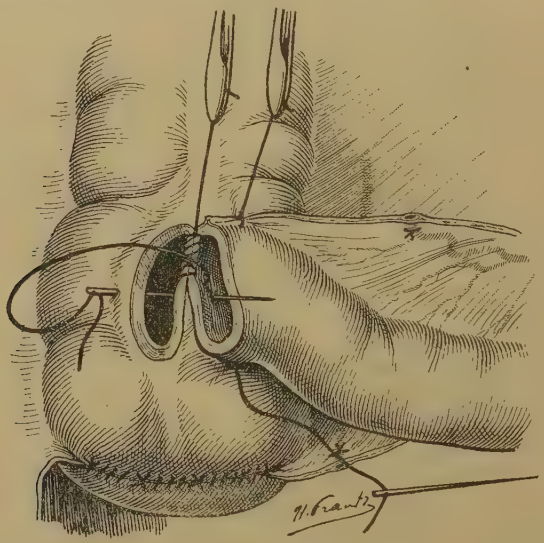

Fig. 53.

Une autre considération, qui, dans le cas particulier, est aussi en faveur de l'anastomose latérale, c'est l'inégalité de calibre qui existe entre le côlon et l'iléon et qui peut créer une difficulté appréciable pour la suture circulaire.

Enfin, il est intéressant de savoir qu'avec le temps, quand on a fait une anastomose latérale, les deux bouts de l'intestin se

trouvent dans la continuité l'un de l'autre, comme par une entérorrhaphie circulaire.

Von Frey (1) a constaté, après 6 mois, chez des lapins, que le bout afférent continuait directement le bout efférent et avec l'avantage encore de former non pas un point rétréci à la jonction des deux bouts, comme avec l'entérorrhaphie circulaire, mais mais plutôt un élargissement.

§ 2. — *B*) **Traitement chirurgical applicable à la forme ulcéro-caséeuse de la tuberculose iléo-cæcale.**

Quand la tuberculose a créé autour du segment iléo-cæcal des adhérences larges et intimes, des abcès et des fistules purulentes ou pyo-stercorales, la résection de l'anse malade devient trop difficile et trop grave pour être recommandée ; mieux vaut y renoncer et recouvrir à l'exclusion du segment iléo-cæcal.

La première exclusion iléo-cæcale pour tuberculose a été pratiquée par von Hacker (2), le 6 août 1887. Cet auteur a fait une exclusion unilatérale et son malade a guéri.

L'exclusion de l'intestin et en particulier du segment iléo-cæcal est une opération aujourd'hui très vantée en raison de ses bienfaits.

Quelques publications importantes ont été faites en France à son sujet, dans ces derniers temps, et nous avons, en particulier, mis à contribution celles de MM. Terrier et Gosset (3), Lance (4), Hartmann (5).

L'exclusion a pour but de remédier aux fistules stercorales quand elles existent, ou aux accidents de sténose ou seulement aux accidents d'entérite provoqués par la lésion iléo-cæcale.

(1) Von Frey, cité par Terrier et Gosset.
(2) Von Hacker, *Wiener klin. woch.*, 1889.
(3) Terrier et Gosset, *loc., cit.*
(4) Lance, Thèse de Paris, 1903.
(5) Haktmann, Rapport au 16e Congrès français de chirurgie.

Elle met la portion d'intestin malade au repos absolu et donne habituellement une amélioration considérable de l'état local et de l'état général. L'amélioration obtenue est parfois assez grande pour permettre secondairement la résection de l'anse malade.

Elle a, sur la simple entéro-anastomose, l'immense avantage de ne plus laisser passer, au niveau de la muqueuse malade, des matières à action irritante et douloureuse et de ne plus permettre la propagation de proche en proche, vers les points déclives, des lésions iléo-cæcales, qui, suivant la loi énoncée par Pilliet, sont « à marche descendante progressive ».

Mais, pour bien remplir ces deux conditions, si importantes, il faut que l'anse malade ait perdu toute connexion avec le reste de l'intestin, c'est-à-dire que l'exclusion doit être bilatérale.

L'exclusion unilatérale, avec section de l'iléon, a pu donner quelques résultats, mais elle est insuffisante puisqu'elle laisse encore passer du segment malade dans le segment sain les germes d'un mal qui ne demande qu'à s'étendre vers les points déclives du gros intestin.

L'exclusion bilatérale comporte la section de l'intestin aux deux extrémités de l'anse intéressée.

Elle a été pratiquée pour la première fois par Frank (1) le 23 juillet 1891 et avec succès.

Les conditions d'opportunité de l'exclusion sont lès mêmes que celles de la résection et nous renvoyons, pour ce qui les concerne, à ce qui en a été dit plus haut. De même, pour ce qui a trait à la préparation du malade à l'intervention.

La laparotomie est faite sur la ligne médiane, à distance des lésions, et les mêmes précautions opératoires sont prises que pour la résection.

Quand on arrive sur la lésion, si l'épiploon est adhérent à la tumeur, on l'en dégage dans la mesure du possible pour

(1) Frank, *Wiener klin. Woch.*, 1892.

mettre l'anse bien à découvert dans les points où elle doit être sectionnée. On éprouve souvent des difficultés pour libérer l'anse malade, en raison du gâteau d'adhérences où elle est comme noyée.

Les sections sont faites en amont et en aval, après écrasement préalable et suivant les principes énoncés plus haut.

Les sections terminées et l'anse exclue maintenue provisoirement fermée aux deux bouts par un fil qui les enserre, on se préoccupe du rétablissement du circuit intestinal par l'entéro-anastomose latérale décrite dans le chapitre précédent.

Celle-ci terminée, il reste à s'occuper de l'anse exclue pour laquelle la conduite devra varier suivant les cas.

Il faut avant tout poser en principe que l'anse exclue ne peut être complètement fermée, sans faire courir au sujet le risque d'accidents graves.

Salzer (1) a en effet démontré expérimentalement que l'exclusion bilatérale avec occlusion totale, entraînait souvent de graves phénomènes d'intoxication, par résorption des produits toxiques sécrétés dans l'anse.

Ces produits sont le fait des agents microbiens de l'anse exclue, dont la virulence paraît s'exagérer beaucoup dans la cavité close ainsi formée, et suffisamment même, pour entraîner des accidents de péritonite localisée ou diffuse, soit par migration à travers les tuniques intestinales, soit par ulcération.

En revanche, la fermeture de l'anse exclue aux deux bouts peut être pratiquée, quand il existe un ou plusieurs pertuis fistuleux assez larges, qui font communiquer l'anse avec l'extérieur et à la faveur desquels le déversement des produits qui y sont sécrétés, peut être effectué.

Si, une ou des fistules, véritables soupapes de sûreté, n'existent pas, il faut en créer, en abouchant à la peau l'une ou les deux extrémités de l'anse exclue, suivant sa longueur.

(1) Salzer, cité par Terrier et Gosset.

Quand on n'abouche qu'une extrémité à la peau, MM. Terrier et Gosset recommandent de se servir du bout proximal, l'iléon étant plus facile à attirer au dehors que le côlon ascendant, lequel est souvent très adhérent à la paroi abdominale postérieure.

Mais, en raison de l'obstacle que pourrait créer la valvule de Bauhin à l'écoulement des liquides qui tendra à se faire de haut en bas, il y aurait intérêt, si l'anse exclue était assez longue, à fistuliser ses deux bouts, ce que quelques chirurgiens font d'ailleurs systématiquement sur l'anse iléo-cæcale (voir tableau II).

a) Dans l'exclusion bilatérale, pratiquée pour lésion tuberculeuse fistuleuse, on s'est rendu compte, avant l'opération, des dimensions et de la direction du ou des trajets fistuleux. Si on juge que par cette voie l'évacuation des produits de sécrétion de l'anse pourra être assurée, il ne restera, après entéro-anastomose, qu'à fermer aux deux bouts l'intestin exclu (F. fig. 54).

Si la voie d'évacuation par fistule préexistante paraissait insuffisante, il faudrait l'élargir immédiatement. Cette précaution éviterait l'inconvénient qu'il y a à agrandir, quelques jours après l'opération, l'orifice fistuleux qui existait et parce que le contenu de l'intestin exclu ne s'évacue pas. Dans un cas, Funke (1) dut agrandir cet orifice trois jours après l'intervention.

b) Dans l'exclusion bilatérale faite pour une tuberculose iléo-cæcale non fistuleuse deux cas peuvent se présenter :

1° L'anse à exclure est courte ;

2° L'anse est longue ;

Dans le premier cas, on fermera le bout distal de l'anse pour amener à la peau le bout proximal et l'y ouvrir (V. fig. 55).

Pour une autre anse intestinale, il serait plus rationnel de se servir du bout distal où le péristaltisme amène nécessairement le contenu à évacuer, mais pour le segment iléo-cæcal, nous avons vu que MM. Terrier et Gosset conseillent d'utiliser le

(1) Funke, *Prag. Med. Work.*, nos 32, 33.

bout iléal, plus facile à amener à la paroi que le bout colique. Il a aussi l'avantage, par rapport à celui-ci, d'occuper une position bien déclive.

En revanche, comme nous le disions plus haut, la valvule de Bauhin peut créer un obstacle à l'écoulement qui tend à se faire du cæcum vers l'iléon. Cette raison inviterait, si l'anse à exclure était longue et très malade, à suivre la conduite de Frank, de Kundrat et de Wolfler (V. tableau II), qui ont fistulisé l'anse par ses deux bouts. Ce serait une manœuvre plus facile à exécuter et moins dangereuse que celle qui se propose de détruire la valvule de Bauhin en introduisant un instrument par l'orifice de l'iléon, comme l'a conseillé Nicoladoni (1).

Si on a décidé d'aboucher à la peau une extrémité seulement de l'anse, la proximale, on procédera de la manière suivante :

On fermera complètement le bout distal par une ligature, qu'en fouira un surjet séro-séreux. On placera sur le bout iléal une ligature solide, le fermant provisoirement en bourse et pour l'abandonner un instant dans l'abdomen. On fera, au niveau du flanc droit, une incision de la paroi, à la façon de Mac Burney, c'est-à-dire divisant la peau dans le sens vertical, à deux travers de doigt au-devant de l'épine iliaque antéro-supérieure, dissociant les muscles dans le sens transversal de leurs fibres pour inciser finalement le péritoine et attirer par cette boutonnière le moignon iléal qui va être laissé ouvert au dehors. On le maintien, dans l'orifice ainsi créé, par une pince posée sur son fil de fermeture et pour y revenir quelques instants plus tard, quand le ventre sera refermé sur la ligne médiane.

On procéderait exactement de la même façon, si on avait à amener à la paroi les deux bouts de l'anse exclue,

Dans ce dernier cas, il faudrait suivre le conseil de Vautrin (2)

(1) Nicoladoni cité par H. Hartmann, *loc. cit.*
(2) Vautrin, cité par H. Hartmann, *Trib. medical* du 7 novembre 1093.

« ne pas fixer les deux bouts l'un à côté de l'autre, ce qui donne à l'anse exclue une forme en boucle gênant l'écoulement des liquides, mais les fixer sans coudure, ni torsion, dans les points de la paroi correspondant aux régions où ils se trouvent »

Hochenegg avait déjà suivi cette conduite, dès sa première opération d'exclusion bilatérale fistuleuse pour tumeur inflammatoire, le 28 mai 1891 (Hartmann).

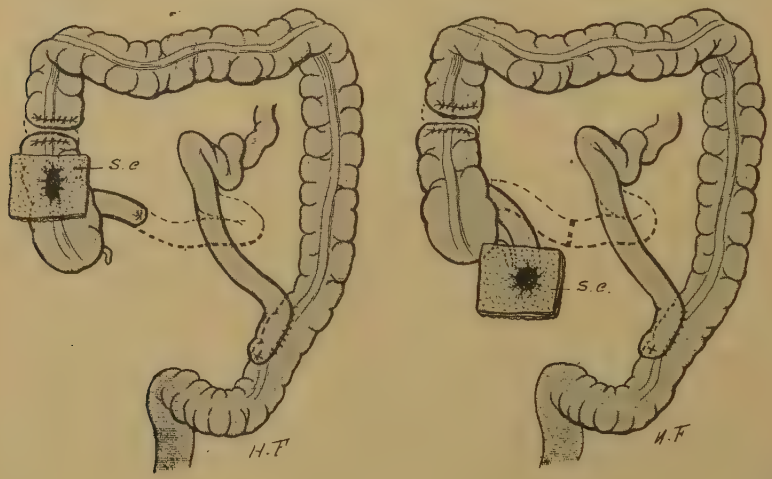

Fig. 54. — L'anse à exclure était courte et ne possédait pas de fistule préexistante. On a fait une exclusion bi-latérale, fermé le bout distal et abouché le bout proximal à la paroi abdominale antérieure,

Fig. 55. — L'anse à exclure courte ou longue possédait une fistule préexistante suffisante. On a fait une exclusion bi-latérale et fermé les deux bouts de l'anse exclue qui se draine par sa fistule.

Qu'on ait amené un seul ou les deux bouts de l'anse exclue à la paroi, celle-ci est fermée sur la ligne médiane et la suture est protégée par une substance adhésive, contre les matières septiques qui s'écouleront par le ou les orifices intestinaux qu'on est sur le point de créer dans son voisinage.

Il est bon, d'autre part, de laisser un drain à demeure dans la cavité péritonéale pendant quelques jours.

Avant d'ouvrir le moignon intestinal, par lequel l'anse exclue va être fistulisé au dehors, il faut, à la soie fine, faire une première suture séro-séreuse entre le péritoine pariétal abdominal et la séreuse intestinale, puis une deuxième suture entre les plans musculaires de la paroi et la séro-musculeuse intestinale. On ouvrira en troisième lieu l'intestin pour suturer à la peau sa lèvre muqueuse.

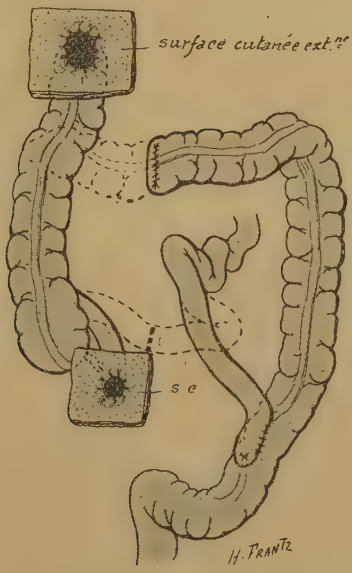

Fig. 56. — L'anse à exclure était longue et ne possédait pas de fistule préexistante. On a fait une exclusion bi-latérale et abouché les deux bouts de l'anse exclue à la paroi obdominale antérieure.

Quel que soit le moyen par lequel elle se trouve ouverte, si on voulait procéder ultérieurement à des lavages de l'anse exclue, ceux-ci devraient toujours être faits avec la plus grande prudence, au moyen de canules flexibles en caoutchouc, pour éviter toute déchirure ou perforation intestinale, facile à produire avec une canule dure et pointue sur un intestin malade.

L'amélioration considérable que donne toujours l'exclusion au point de vue de l'état local et de l'état général du malade a permis, dans certains faits, de tenter ultérieurement la résection et d'obtenir avec celle-ci la guérison complète.

Körte (1) a eu un succès de ce genre dans un cas où il n'avait cependant pratiqué que l'exclusion unilatérale.

§ 3. — **Traitement applicable à la forme fibreuse d'emblée ou atrophique de la tuberculose du segment iléo-cæcal.**

S'il apparaissait, soit dans les derniers centimètres de l'iléon, soit au niveau de la valvule iléo-cæcale, soit au niveau du cæcum lui-même, une lésion sténosante du genre de celle que nous avons étudiée sous le titre de forme fibreuse d'emblée, cette lésion serait justiciable de la résection avec entéro-anastomose latérale.

d. C'est également le traitement qu'il faudrait appliquer à l'ulcération simple qui aurait développé de la sténose avec signes d'occlusion.

Enfin, dans le cas de perforation de l'iléon ou du cæcum par une ulcération tuberculeuse, si le diagnostic était fait en temps opportun, la conduite rationnelle serait de fermer cette perforation comme tout autre et de drainer largement la cavité péritonéale.

C'est l'opinion qu'expriment MM. Oppenheim et Laubry (2), qui ont suivi et autopsié deux malades atteints de ces perforations et dont nous rapportons les observations sous les nos 34 et 35. Ces auteurs font cependant remarquer que, par les pièces qu'ils ont eues sous les yeux, il leur semble que la suture intestinale manquera souvent de solidité en raison du mauvais état de l'intestin, dans les points qui entourent la perforation.

(1) Körte, *Deutsche Zeit*, vol. XL, p. 459
(2) Oppenheim et Laubry, *loc. cit.*

Dans le cas de friabilité très grande de la paroi intestinale autour du point perforé, la lésion revient justiciable de la résection, ou de l'extériorisation.

La perforation peut, d'autre part, être entourée d'adhérences qui la masquent et la rendent difficile à trouver. Oppenheim et Laubry rapportent un cas où M. Blum intervenant pour fermer une perforation intestinale de cet ordre, dut renoncer à la découvrir et refermer le ventre après lavage et drainage, bien qu'il ait eu soin de dévider l'intestin sur une certaine longueur.

§ 5. — **Résultats fournis par la résection et l'exclusion bilatérale du segment iléo-cæcal, pour tuberculose fibro-adipeuse ou ulcéro-caséeuse.**

Les tableaux ci-joints donnent le relevé des opérations de cet ordre publiées jusqu'à ce jour et que nous avons pu rassembler.

Nous y ajoutons trois faits nouveaux de résection, dus à l'obligeance de MM. Gosset, Mouchet, Ricard.

TABLEAU I

Résultats fournis par la résection du segment iléo-cæcal pour tuberculose

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
1. **Czerny.** 12 juin 1886.	Résection de 3 centimètres d'iléon et de 14 centimètres de côlon. Enterroraphie circulaire.	Guérison. Malade revu 4 ans après en bonne santé.	*Beiträge für klin. Chir.*, 1890.
2. **Czerny.** 30 juin 1886.	Résection de 9 centimètres d'intestin. Blessure de l'uretère. Néphrectomie. Entérorraphie circulaire.	Péritonite et mort	»
3. **Suchier.** 10 nov. 1887.	Résection iléo-colique de 20 centimètres d'intestin. Entérorraphie circulaire.	Guérison. Bonne santé 1 an après	*Berlin klin. Woch.*, 1889.
4. **Bouilly.** 6 déc. 1887.	Résection de 6 centimètres d'iléon et 10 centimètres de côlon. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	*Congrès français de Chir.*, 1889.
5. **Czerny.** 11 fév. 1888.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	*Beiträge für klin. Chir.*, 1890.
6. **Tédenat.** 10 janv. 1889.	Résection de 10 centimètres d'intestin. Anastomose latérale.	Guérison.	Itié. Th. Montpellier, 1898., obs. 1.
7. **Durante.** 8 mars 1889.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	*Wiener med. Press.*, 1889. D'après Conrath
8. **Gussenbauer** 17 mai 1889.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison maintenue jusqu'en 1894. A ce moment récidive, nouvelle extirpation le 16 juillet 1895. Guérison et bonne santé en juin 1897.	*Fink Prag. med. Woch.*, 1890 et *Conrath's Beiträge*, 1898
9. **Billroth.** 10 juil. 1889.	Résection de 4 centimètres d'iléon et de 12 centimètres de côlon.	Guérison.	Salzer, *Arch. für klin. Chir.*, 1892.
10. **Billroth.** 12 juil. 1889.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Mort le 28 juillet de septicémie. Abcès sous-phrénique s'ouvrant dans la cavité pleurale droite.	Salzer, id.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
11 **Gussenbauer** 30 août 1889.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	FINK, *loc. cit.*
12. **Billroth.** 19 déc. 1889.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison maintenue en mai 1890.	SALZER, *loc. cit.*
13. **Tédenat.** 10 janv. 1890.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Mort.	ITIÉ, *loc. cit.*, obs. 2.
14. **Czerny.** 8 mars 1890.	Résection de 33 centimètres d'intestin iléo-cæcal. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	CZERNY, *loc. cit.*
15 **Roux.** 10 mai 1890.	Résection prenant 8 centimètres d'iléon, le côlon ascendant et une portion du côlon transverse. Entérorraphie circulaire.	Guérison, simple fistulette à la sortie.	ROUX, *Rev. méd. suisse romane*, 1891.
16. **Hofmokl.** 29 juin 1890.	Résection du segment iléo-cæcal. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	*Wien. klin. Woch.*, 1890.
17. **Reclus.** 1890.	Résection du segment iléo-cæcal. Confection d'un anus contre nature avec le bout iléal.	Guérison opératoire. Mort 2 mois après à la suite d'une résection pour cure de l'anus artificiel.	RECLUS, *Bull. Soc. chir.*, 15 juin 1892.
18. **Obalinski.** 12 fév. 1891.	Résection du cæcum.	Guérison. Bonne santé 2 ans après.	*Arch. de Langenbeck*, vol. XLVIII.
19. **Beck.** mars 1891.	Résection du cæcum.	Guérison.	*Annals of surgery*, 1884.
20. **Franck.** 23 juil. 1891.	Résection du cæcum. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	*Wien. klin. Woch.*, 1892.
21. **Tédenat.** 25 juil. 1891.	Résection iléo-cæcale.	Guérison.	ITIÉ, *loc. cit.*, obs. 3.
22. **Broca.** 28 août 1891.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire	Mort le lendemain; insuffisance des sutures.	HARTMANN, *Soc. anat.*, 1892.
23. **Sachs.** 12 nov. 1891.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie-circulaire.	Guérison.	*Arch. de Langenbeck*, 1892.
24. **Czerny.** 15 déc. 1891.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison. Bonne santé 1 an après	CZERNY, *Beiträge*, 1892
25. **Czerny.** 5 mars 1892.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison opératoire. Mort le 8 avril.	CZERNY, *loc. cit.*

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
26. **Czerny.** 23 mai 1898.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	CZERNY, *loc. cit.*
27. **Zahlmann.** 30 juin 1892.	Résection de 18 centimètres d'iléon et de 12 centimètres de côlon.	Guérison.	*Centralb. für chir.*, 1893.
28. **Czerny.** 25 juil. 1892.	Résection iléo-cæcale.	Péritonite légère. Guérison.	D'après SCHILLER, *Beiträge*, 1896, vol. XVII.
29. **Broca.** 30 nov. 1892.	Résection iléo-cæcale de 20 centimètres.	Guérison.	BENOÎT. Thèse de Paris, 1893.
30. **Henri Hartmann.** 18 avr. 1893.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison qui dure 10 années Mort par tuberculose pulmonaire.	HARTMANN, *Congrès français de chirurgie*, 1903.
31. **Tédenat.** 8 juin 1893.	Résection iléo-cæcale de 18 centimètres. Anastomose bout à bout.	Guérison.	ITIÉ, *loc. cit.*, obs. 4.
32. **Korte.** 23 juin 1893.	Résection de 10 centimètres d'iléon et de 12 centimètres de côlon ascendant. Iléo-sygmoïdostomie.	Guérison opératoire. Mort le 3 mai 1894 de tuberculose pulmonaire.	*Deutsche Zeit. für Chir.*, vol. XL.
33. **Trendelenburg.** 7 août 1893.	Résection de 19 centimètres d'iléon et de 10 centimètres de côlon.	Guérison maintenue encore après 1 an.	BECKER, *Deuts. Zeit. für Chir.*, vol XXXIX.
34. **Bazy.** 1er août 1893.	Résection iléo-cæcale.	Mort.	COQUET, Th. Paris, 1894.
34. **Schonborn.** 15 fév. 1894.	Résection iléo-cæcale.	Guérison.	D'après CONRATH, *loc. cit.*
36. **Obalinski.** 25 avr. 1894.	Résection iléo-cæcale. Suture circulaire de l'iléon et du côlon transverse.	Guérison.	*Centralb. für Chir.*, 1894.
37. **Routier.** 5 juin 1894.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Mort le 10 juin d'anurie.	COQUET, *loc. cit.*
38. **Korte.** 17 juin 1894.	Résection de 10 centimètres d'iléon et de 12 centimètres de côlon.	Guérison maintenue en avril 1895.	KÖRTE, *loc. cit.*
39. **Korte.** 6 janv. 1895.	Résection de 10 centimètres d'iléon et de 2 centimètres de côlon.	Guérison contrôlée en avril 1895.	KÖRTE, *loc. cit.*
40. **Tédenat.** 10 mai 1895.	Résection iléo-cæcale. Anastomose latérale.	Mort le 6e jour.	ITIÉ, *loc. cit.*, obs. 5.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
41. **Czerny.** 13 nov. 1895.	Résection iléo-cæcale. Entérorraphie circulaire.	Guérison.	SCHILLER, *loc. cit.*
42. **Czerny.** 15 mai 1896.	Résection iléo-cæcale de 14 centimètres. Anastomose du bouton de Murphy.	Guérison opératoire. Mort 4 mois après.	SCHILLER, *loc. cit.*
43. **Tuffier.** 26 juin 1897.	Résection iléo-cæcale. Anastomose latérale.	Guérison.	*Rev. gynécologie et chir. abdominale*, août 1897.
44. **Mouchet.** 27 mars 1901.	Résection de 6 centimètres d'iléon et de 15 centimètres de côlon. Entérorraphie circulaire.	Guérison opératoire, mais mort le 16 avril.	Obs. due à l'obligeance de M. MOUCHET.
45. **Legueun.** 26 oct. 1901.	Résection iléo-cæcale de 27 centimètres. Entérorraphie circulaire.	Guérison. Malade revu 1 an après.	DIEULAFOY, *Sem. méd.* du 8 octobre 1902.
46. **Gosset.** 2 déc. 1901.	Résection de 10 centimètres d'iléon et de 8 centimètres de cæcum. Anastomose latérale entre iléon et côlon ascendant.	Guérison.	Obs. due à l'obligeance de M. GOSSET.
47. **Henri-Hartmann.** 17 mars 1902.	Résection iléo-cæcale. Anastomose latérale iléo-colique.	Guérison.	HENRI HARTMANN *Congrès français chir.*, 1903.
48. **Henri Hartmann.** 27 fév. 1903.	Résection iléo-cæcale. Anastomose latérale iléo-colique.	Guérison.	HENRI HARTMANN, *Congrès français, chir.*, 1903.
49. **Routier.** 20 nov. 1903.	Résection iléo-cæcale de 20 centimètres d'iléon et 15 centimètres de cæcum. Anastomose latéro-latérale.	Guérison, mais a dû être rouvert le 2e jour pour drainage.	ROUTIER, *Bull. Soc. chir.*, 2 décem. 1903.
50. **Ricard.** 5 fév. 1904.	Résection de 6 centimètres d'iléon et 10 centimètres de côlon. Anastomose termino-latérale. Implantation de l'iléon dans le côlon.	Guérison.	Obs. due à l'obligeance de M. RICARD.

Soit 50 résections iléo-cæcales donnant 43 guérisons et 7 morts du fait de l'opération, c'est-à-dire une mortalité de 14 p. 100 par l'opération.

TABLEAU II

Résultats fournis par l'exclusion bi latérale du segment iléo-cœcal pour tuberculose

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
1. **Frank.** 23 juillet 1890.	Exclusion bilatérale fistulisée aux deux bouts de l'anse exclue.	Guérison.	*Wiener klin. Woch.*, 1892.
2. **Frank.** 20 mars 1892.	Exclusion bilatérale fistulisée aux deux bouts.	Guérison.	*Id.*
3. **Körte.** 3 juin 1893.	Exclusion bilatérale avec fistule proximale.	Guérison.	*Arch. für klin. Chir.*, 1894, n° 48, p. 715.
4. **Obalinski.** 25 avril 1894.	Exclusion bilatérale avec fermeture complète et sans fistule préexistante.	Guérison momentanée mais abcès et fistule consécutifs. Guérison complète par une résection.	OBALINSKI, *Cent. f. Chir.*, 1894, n° 49, p. 1193.
5. **Fünke.** 1 nov. 1894.	Exclusion bilatérale et occlusion totale mais avec fistule préexistante. Implantation de l'iléon dans le côlon transverse.	Guérison.	FUNKE, *Prag. med. Woch.*, 1895.
6. **Wölfler.** 1 juin 1895.	Exclusion bilatérale avec double fistule.	Guérison.	WOLFLER, *Beiträge für clin. chir.*, 1898.
7. **Conrath.** 10 nov. 1895.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante. Iléo-colostomie latéro-latérale.	Mort quelques heures après.	CONRATH, *Beiträge für clin. Chir.*, 1898.
8. **Funke.** 1895.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante.	Nécessité d'agrandir la fistule après trois jours.	FUNKE, *Prag. med. Woch.*, n°s 32-33.
9. **Wiesinger.** 1895.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante.	Guérison.	WIESINGER, *Münchener med. Woch.*, p. 969-1133.
10. **Kundrat.** 1er mars 1896.	Exclusion bilatérale fistulisée aux deux extrémités de l'anse exclue.	Guérison.	REICHEL, *Deut. Zeits. für Chir.*, Bd. XXXV, p. 495.
11. **Ulmann.** avril 1896.	Exclusion bilatérale fistulisée par le bout distal.	Guérison.	ULMANN, *Wien. klin. Woch.*, p. 659.
12. **Wölfler.** 10 juin 1896.	Exclusion bilatérale avec fistulisation de l'anse exclue aux deux extrémités.	Guérison opératoire mais mort d'hémoptysie 2 mois après.	EISELSBERG, *Arch. de Langenbeck*, 1897.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
13 **V. Eiselsberg** 25 juin 1896.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts.	Guérison opératoire et amélioration considérable constatée au bout d'un an.	CONRATH, *Beiträge*, 1898.
14. **Wiesingerg** 1896.	Exclusion bilatérale ouverte pour tuberculose cæcale fistuleuse.	Guérison.	KAMMERER, *Centralbl. für Chir.*, n° 19 10 mai.
15. **Von Friedlander.** 29 juillet 1896.	Exclusion bilatérale fistulisée aux deux extrémités	Guérison.	ROSKOSCHNY, *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, Leipzig, p. 407.
16. **Ewald.** 22 mars 1897.	Exclusion bilatérale fistulisée aux deux extrémités.	Guérison.	ROSKOSCHNY, *loc. cit.*
17. **Lavisé.** 11 juillet 1897.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante.	Guérison opératoire.	*Annales de la Soc. belge - de chirur.* Bruxelles, 1898, n° 2, p. 70.
18. **Wiesinger.** 1897.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante.	Guérison.	KAMMERER, *Centralbl. für Chir.*, n° 19 10 mai.
19. **Von Friedlander** 12 février 1898.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts.	Guérison maintenue encore trois ans après.	ROSKOSCHNY, *loc. cit.*
20 **Albert.** 29 avril 1898.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts.	Guérison.	ROSKOSCHNY, *loc. cit.*
21 **Ewald.** 19 juin 1898.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts.	Guérison. Malade revu 3 ans après en bonne santé.	ROSKOSCHNY, *loc. cit.*
22. **Ewald.** 27 février 1899.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts.	Guérison maintenue 10 mois.	ROSKOSCHNY, *loc. cit*
23. **Von Friedlander.** juin 1899.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts et anastomose latérale iléo-colique.	Guérison maintenue 2 ans.	ROSKOSCHNY, *loc. cit.*
24. **Guesda.** 10 nov. 1899.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts et anastomose latérale iléo-colique.	Guérison opératoire et amélioration considérable.	ROSKOSCHNY, *loc. cit.*
25. **Gayet.** 6 janv. 1900.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante.	Guérison.	GAYET, *Prov. méd.*, Lyon, 1900, p. 222.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION ET PROCÉDÉ	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAFHIQUE
26. **Von Friedlander.** 14 oct. 1900.	Exclusion bilatérale avec fistulisation aux deux bouts.	Guérison	Roskoschny, *loc. cit.*
27. **Guesda.**	Exclusion bilatérale iléo-cæcale de 2 mètres. Les deux bouts de l'anse sont laissés ouverts à la peau.	Guérison opératoire et grande amélioration constatée 6 mois après.	Roskoschny, *loc. cit.*
28. **Peyrot.** 1901.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante. Entéro-anastomose latérale iléo-colique.	Mort.	Peyrot, 14e *Congrès français de chirurgie* 1901.
29. **Ricard.** 15 janvier 1903.	Exclusion bilatérale et occlusion totale avec fistule préexistante, pratiquée comme troisième et définitive intervention sur une tuberculose iléo-cæcale fistuleuse.	Guérison opératoire et amélioration considérable de l'état général. En 3 mois le malade augmente de 18 kilos.	Lance, Th. Paris, 1903, obs. 146.

Soit 29 opérations donnant 27 guèrisons et 2 morts du fait de l'opération, c'est-à-dire une mortalité de 6 pour cent par l'opération.

OBSERVATIONS

Obs. I et II. — *Note sur une typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région* (Henri Hartmann et A. H. Pilliet. *Bulletin de la Société Anatomique*, 31 juillet 1891, page 471).

I. — Il s'agit d'une jeune Égyptienne de 25 ans environ que notre maître, M. F. Terrier, opéra avec l'aide de l'un de nous en mai dernier. Cette malade, qui ne présentait rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, avait été traitée pendant sa première enfance pour une suppuration de l'oreille droite qui a laissé de la surdité de ce côté. A part cet accident, le choléra à 3 ans, une fièvre typhoïde à 9, elle s'était toujours bien portée jusqu'à l'époque de la puberté où elle fut atteinte d'une anémie grave qui dura plusieurs mois. Elle s'était bien remise et jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'elle vint il y a un an et demi à Paris.

Au cours de l'hiver dernier, elle fut prise de coliques, de diarrhée, revenant à intervalles variables et s'accompagnant d'amaigrissement et de sueurs. Les règles, qui jusqu'alors avaient été régulières, ne retardant que d'un jour ou deux, manquèrent le 18 janvier et ne reparurent jamais depuis cette époque. Malgré ces troubles la malade ne s'était jamais alitée complètement et ne s'était pas soignée, ses crises de coliques et de diarrhée ne lui ayant nullement fait perdre l'appétit.

Le 26 janvier, elle se réveilla mal à l'aise ; prise dans le courant de la journée de douleurs abdominales, elle fut obligée de s'aliter ; l'affection était entrée dans une nouvelle phase ; depuis lors en effet, le ventre est resté ballonné ; elle a eu des poussées fébriles irrégulières et a souffert presque constamment de douleurs abdominales. Une diarrhée constante et d'odeur infecte a résisté à tous les traitements. A partir de ce moment elle a été constamment entre les mains des médecins qui l'ont traitée pour des affections variées, les uns pour une salpingo-ovarite, les autres pour

une pérityphlite. C'est à ce dernier diagnostic que l'on s'était finalement rallié. Des purgations, le régime lacté, le naphtol, le salol, des applications de pointes de feu furent successivement employés sans succès. Toujours elle restait alitée, amaigrie, sans force, pâle, souffrant d'accès fébriles, de diarrhée et de poussées de ballonnement.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, au commencement de mai de cette année, nous nous trouvâmes en présence d'une malade pâle, sans appétit, se plaignant de douleurs abdominales et de diarrhée d'odeur infecte. Il y avait un léger mouvement fébrile.

L'auscultation ne révélait aucune lésion du côté des poumons. Le ventre ballonné ne se laissait pas déprimer et l'examen local ne faisait constater qu'une légère diminution de la sonorité dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'une sensibilité très vive à ce niveau.

Dans ces conditions, notre maitre M. F. Terrier, soupçonnant l'existence d'un petit foyer suppuré juxta-appendiculaire accompagné de péritonite chronique péricæcale, se décida à intervenir chirurgicalement.

Le 12 mai 1891, la malade étant anesthésiée par M. Aldibert, interne du service Bichat, M. Terrier pratiqua avec notre aide la laparotomie. Le palper du ventre, la tension ayant disparu une fois la malade chloroformée, permit de constater de la manière la plus nette l'existence dans la fosse iliaque droite d'un boudin dur, du volume d'un poignet d'enfant nouveau-né, remontant profondément vers le flanc et semblant faire corps avec la paroi du bassin.

L'incision est faite verticale, longue de 12 à 15 centimètres, elle passe à deux doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et se termine au niveau de l'arcade crurale. Les recherches que j'ai faites m'ont montré qu'à part les cas très rares d'anomalie, une semblable incision met toujours à découvert le cæcum dans toute son étendue. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide ascitique. Une frange épiploïque saine se présente, on la refoule sous la levre interne de l'incision et l'on tombe, après écartement d'anses d'intestin grêle, sur le côlon et le cæcum qui apparaissent rouges, vasculaires, recouverts de granulations rougeâtres du volume d'un grain de millet. Ce gros intestin est entouré d'une graisse épaissie et sclérosée ; il est adhérent de toutes parts. Après libération du cæcum qui reste distant de quelques centimètres de l'arcade crurale, on cherche l'appendice. Celui-ci se trouve très rapproché de l'angle iléo-cæcal inférieur ; il est ratatiné en même temps qu'épaissi et forme une espèce de corne volumineuse adhérente au cæcum et à la terminaison de l'iléon. On le libère, coupant aux ciseaux le repli iléo-appendiculaire au voisinage de l'intestin grêle ; quelques petits vaisseaux saignants à ce niveau sont pincés puis liés à la soie.

L'appendice est alors ouvert ; on n'y trouve pas de corps étranger. La muqueuse est grisâtre, boursouflée, sa cavité agrandie communique lar-

gement avec le cæcum. Section de l'appendice à sa base. Grattage à la curette, puis écouvillonnage, avec une éponge imprégnée de sublimé, du cæcum.

Les parois scléro-adipeuses, friables et rigides, de l'appendice coupé, ne se laissent pas affronter pour la suture, M. Terrier se contente de le lier avec un fil double entre-croisé, dont il fixe les extrémités à chacune des deux lèvres de la plaie abdominale, de manière à maintenir au contact de celle-ci la surface de section. Immédiatement au-dessous, un drain fut placé dans la fosse illiaque, vide par suite de la libération du cæcum. Deux points de soie fixant l'épiploon à la lèvre interne de la paroi limitent le foyer de ce côté.

Suture à étage de la paroi.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La fièvre qui existait avant elle disparut, les douleurs cessèrent, l'appétit revint et la malade quitta la maison de santé en bon état, porteuse d'une fistulette au point de fixation de l'appendice, dont la ligature n'était pas encore éliminée. Depuis lors, nous avons appris que les symptômes avaient partiellement reparu et que la malade recommençait à traîner de nouveau.

L'examen microscopique de l'appendice excisé nous a montré les lésions suivantes :

La muqueuse est très épaissie; ses vaisseaux sont extrêmement dilatés et gorgés de sang. Le revêtement épithélial fait complètement défaut, ainsi que les glandes en tube qui ont disparu. On voit de place en place des follicules tuberculeux allongés et la comparaison de leurs différentes figures peut permettre de les regarder comme des glandes en tube transformées. Les accumulations de cellules embryonnaires sont en effet groupées suivant une direction qui représente l'axe de la glande primitive. C'est également dans cette direction que sont déposés les produits caséeux. Tout autour existe une infiltration embryonnaire énorme qui transforme complètement le tissu et lui donne un aspect véritablement sarcomateux.

Dans la profondeur, on trouve d'autres follicules caractérisés par le très petit développement de la masse caséeuse et par la grande abondance de cellules embryonnaires, il n'y a ni cellules géantes ni cellules épithéliales. Ces follicules plus profonds paraissent dériver de la transformation des glandes lymphatiques, car il est impossible de retrouver sur les coupes ces éléments avec leur forme normale. Les follicules tuberculeux sont en général rares; leur transformation caséeuse est limitée; ils sont noyés dans une nappe discontinue de cellules embryonnaires.

La couche musculaire est fortement épaissie; ses deux plans sont encore bien reconnaissables et l'épaississement n'est pas dû seulement à la prolifération vraie des cellules lisses, mais aussi à la dissociation de

leurs faisceaux par du tissu conjonctif de nouvelle formation parcouru par des vaisseaux jeunes.

La couche séreuse est, de même, très épaissie; cet épaississement est dû à la présence du tissu conjonctif de nouvelle formation (cellules étoilées et anastomosées, capillaires très larges avec cellules tuméfiées, substance conjonctive finement grenue, mais où l'organisation en faisceaux n'apparaît pas, etc.) Par place il existe de l'infiltration sanguine.

A la limite de la musculaire et de la séreuse, c'est-à-dire dans la zone des lymphatiques sous-séreux, on rencontre une infiltration embryonnaire marquée, disposée en nodules qui circonscrivent des vaisseaux très larges, étoilés, ayant évidemment les caractères des lymphatiques. Sur d'autres lymphatiques on observe les mêmes follicules tuberculeux en même temps que le vaisseau est thrombosé par une masse caséeuse.

II. — Notre deuxième observation a trait à une femme âgée, morte d'une affection intercurrente à l'Hospice d'Ivry. A l'autopsie nous, avons constaté l'existence d'une tumeur volumineuse siégeant au niveau de la valvule iléo-cæcale, et empiétant sur le cæcum ainsi que sur l'origine du côlon ascendant. La muqueuse épaissie, tomenteuse et crevassée évoquait l'idée d'un cancer épithélial.

L'examen mioroscopique de la pièce montra cependant qu'il s'agissait d'une tuberculose chronique locale.

Sur une coupe faite au niveau du bord de l'ulcération, on constate que le revêtement glandulaire est intact, les éléments lymphoïdes sous-glandulaires sont très tuméfiés sans cependant présenter de centre caséeux; toute la région est le siège d'une vascularisation exagérée. A mesure qu'on se rapproche de la portion tuméfiée, on constate que la tuméfaction est due à la présence de néoformations situées dans le chorion de la muqueuse au-dessous des glandes au-dessus de la tunique musculaire. Elles forment une nappe continue développée aux dépens des follicules clos. Chacun de ceux-ci est hypertrophié; leur périphérie est composée de petites cellules rondes, leur centre est caséeux. Il existe de place en place des cellules géantes parfaitement nettes. La couche musculaire est relativement peu atteinte, mais la couche séreuse est notablement épaissie.

Au niveau de l'ulcération, la paroi est très épaissie. On ne trouve plus de glandes. Le fond de l'ulcération est formé par une couche superficielle de débris, au-dessous de laquelle se trouve une nappe de cellules embryonnaires présentant çà et là des cellules géantes. Cette nappe irrégulière s'étend jusqu'à la couche musculaire. Celle-ci est fortement sclérosée sans follicules tuberculeux.

La couche sous-séreuse est très épaissie; elle contient de gros amas adipeux et des bandes de sclérose. Enfin elle présente des lésions caractéristiques de la tuberculose lymphatique (siège dans le plan lymphatique, disposition autour des vaisseaux lymphatiques thrombosés, etc.)

Obs. III. — *Typhlite tuberculeuse chronique* (A Pilliet, *Bulletin de la Société anatomique*, 27 novembre 1891, page 636).

La nommée Vanacker, Sophie, âgée de 52 ans, lingère, entre dans le service de M. le professeur Strauss, le 19 octobre 1891.

A l'entrée, c'est une femme chétive, très amaigrie, paraissant beaucoup plus que son âge. Elle est très abattue, ne se lève pas, ne mange pas et se plaint d'une diarrhée persistante.

Matité aux deux sommets et signes d'excavation pulmonaire.

On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire et intestinale.

Malgre des efforts pour alimenter la malade son abattement redouble et elle meurt le 5 novembre.

Autopsie le 7 novembre 1891. — Le corps est extrêmement amaigri, ne présente pas de signes de décomposition. A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate un peu de liquide dans le péricarde, le cœur est très petit, il ne présente aucune lésion d'orifice. Les deux poumons présentent des lésions de même nature qui prédominent du côté gauche. Tout le lobe supérieur est creusé d'une vaste cavité très anfractueuse par une fausse membrane jaunâtre non adhérente et à odeur fétide. Cette caverne s'étend jusqu'au hile et les bronches viennent s'y perdre en se gangrénant. Autour de la caverne existent de gros amas de tubercules massifs à forme broncho-pneumonique. On en trouve dans le lobe inférieur qui sont confluents mais non excavés. Le poumon droit présente les mêmes lésions, mais moins étendues. Le foie, très volumineux, jaune, est presque entièrement stéatosé. Il présente, de place en place, un certain nombre de tubercules du volume d'une grosse tête d'épingle, teinte en jaune par la bile.

Le pancréas est petit, on trouve accolé à sa tête un ganglion caséeux du volume d'une petite noix. La rate, très petite et dure, présente une petite masse caséeuse dans son centre.

Les deux reins sont petits, scléreux, à surface chagrinée, parsemée de petits kystes.

Les capsules surrénales ne présentent rien de particulier.

Les ovaires sont scléro-kystiques. L'utérus n'a rien.

Les lésions les plus importantes de l'abdomen siègent au niveau du cæcum qui forme une masse volumineuse entourée d'une quantité de glanglions caséeux du volume d'une lentille à une noisette. De cette

masse part un chapelet ganglionnaire qui remonte tout le long de l'aorte jusqu'au pancréas; ces ganglions sont rouges, violacés, tuméfiés, et beaucoup présentent des points caséeux. Quand on enlève le cæcum on a la sensation d'une tumeur lourde, localisée.

La pièce entière étant isolée et ouverte, on peut se rendre compte de sa disposition générale. Elle présente en bas l'iléon, parfaitement reconnaissable, en haut, le gros intestin. Le cæcum n'est représenté que par une sorte d'ampoule, du volume d'une petite orange, à parois épaisses et rigides, interposée entre les deux intestins. Il n'y a plus trace de la valvule iléo-cæcale et l'appendice n'est représenté que par une très petite cavité latérale en doigt de gant.

La muqueuse du côté de l'iléon présente trois à quatre ulcérations annulaires, de plus en plus profondes à mesure que l'on rapproche du cæcum, c'est-à-dire au siège de l'ancienne valvule. Ces ulcérations sont en partie cachées par le bourgeonnement de plis muqueux, rigides, dont la surface est très villeuse, et qui sont fortement injectés de sang, au point de présenter une couleur lie de vin.

Tout autre est l'aspect de la muqueuse cæcale. L'ulcération se limite du côté du côlon par un bord serpigineux, au contact duquel la muqueuse se trouve aussi bourgeonnante et hypertrophiée, mais sans injection vasculaire. On trouve à l'état frais, au milieu de ces bourgeons, des points blancs opaques, bien nets, qui sont des tubercules caséeux du volume d'une tête de petite épingle. Ils ne sont plus ulcérés, mais enfouis dans le chorion et recouverts par les glandes. L'ulcération isole par places un petit fragment de muqueuse et le découpe en une série de petites languettes papillaires, qui restent groupées en bouquet, et présente un aspect spécial, comparable à celui de certaines tuberculoses chroniques du larynx. Toute l'ulcération cæcale qui est fort étendue se trouve hérissée de languettes semblables, petites saillies rigides, couchées en différents sens, dont on ne peut retrouver le point de départ. Elles sont d'inégal volume, beaucoup ont plus d'un millimètre de longueur. Elles sont groupées par familles et tellement abondantes qu'elles masquent l'ulcération. C'est à elle que la tumeur doit son aspect spécial, si éloigné, en apparence, de celui de la tuberculose.

Le chorion se trouve partout très épaissi, il atteint près d'un centimètre. Mais cet épaississement est régulier et égal sur toute l'étendue de la tumeur. Il est seulement moins marqué dans la partie diverticulaire qui répond à l'appendice. Sur une section nette le tissu en est gris ferme, les fibres musculaires semblent hypertrophiées; enfin on rencontre de place en place des points blanchâtres situées près de la séreuse péritonéale, et qui sont le centre de tubercules massifs beaucoup plus étendus que l'examen à l'œil nu pourrait le faire supposer. La séreuse qui est épaissie se trouve bosselée par ces masses, mais elle ne pré-

sente pas l'injection lymphatique ordinaire des ulcérations intestinales.

Les coupes ont été examinées après durcissement par l'action successive du liquide de Müller et de l'alcool, complétée par celle de la gomme et de l'alcool.

Au niveau de la valvule et dans la portion qui répond à l'iléon, on constate une prolifération abondante des glandes au bord des ulcérations. Elles sont là, pelotonnées, kystiques et prennent un peu l'aspect des glandes en partie acineuses du pylore. Leurs cellules sont réduites, cubiques et dépourvues de plateau. La membrane d'enveloppe des glandes, persiste, mais ses noyaux sont proliférés. Ces glandules occupent la base de très grosses villosités pyramidales qui sont manifestement composées de la soudure des villosités plus petites. Leur tissu est presque uniquement formé de cellules étoilées dont les prolongements forment un réseau à mailles chargées d'une quantité considérable de cellules rondes non dégénérées. Ce tissu est parsemé de vaisseaux extrêmement dilatés et remplis de sang qui forment de petites houppes turgides à la surface de ces villosités, remaniées, soudées et augmentées de volume.

Au-dessous de ces villosités existe une nappe d'infiltration embryonnaire très étendue qui occupe la place de la sous-muqueuse et se poursuit jusque dans la couche musculaire dont elle dissocie et isole les faisceaux, de telle sorte qu'on ne rencontre plus çà et là que quelques paquets isolés de fibres dont on ne peut plus reconnaître la disposition générale.

De place en place, les cellules rondes forment des amas qui se distinguent et qui empêchent la nappe que nous décrivons de conserver un aspect homogène.

Ces amas se présentent sous plusieurs aspects. Tantôt l'on rencontre une nappe composée de cellules rondes extrêmement tassées et dont les noyaux se colorent très vivement par le carmin d'alun. Ces nappes sont, en général, parallèles à la surface de la muqueuse et découpées par des vaisseaux remplis de sang. Tantôt ce sont des nodules régulièrement arrondis et composés des mêmes cellules tassées, mais celles du centre se fondent en une masse homogène qui indique une nécrose et par conséquent un commencement de caséification.

Les véritables tubercules se rencontrent dans la couche sous-péritonale ; ils sont très gros, du volume d'une tête d'épingle noire à un pois ; ils présentent les caractères du tubercule massif. Leur contour est polycyclique, et ils présentent deux zones ; l'une externe composée de cellules embryonnaires qui forment des traînées le long des capillaires en rayonnant autour du tubercule. Ces cellules, dans leur couche la plus interne, subissent une émulsion dont le résultat est de transformer tout leur ensemble en une masse homogène granuleuse, mais se colorant encore

vivement par les réactifs, il s'agit donc d'un début de caséification. Mais ce processus fait vite place à la transformation scléreuse.

Le centre des tubercules massifs, leur zone interne, est en effet composé de tissu scléreux. Moins le tubercule massif est développé, plus sa couche externe de cellules embryonnaires occupe de place par rapport à l'interne. C'est le contraire sur les plus gros tubercules où la couche de cellules embryonnaires en voie de caséification est extrêmement mince. Sur un de ces derniers, nous pouvons voir le centre du tubercule massif occupé par du tissu fibreux ou plutôt scléreuxdis posé en bourbillons avec quelques rares cellules fusiformes et étoilées. Les tâches de caséification s'avancent dans ce tissu et festonnent son contour, mais sans atteindre le centre. A leur voisinage immédiat, se voient des cellules géantes qui occupent ainsi une zone intermédiaire ; elles sont d'origine vasculaire et moyennement développées. Leur protoplasma se colore en rouge brun par l'éosine. Il en existe de 6 à 8 sur la coupe d'un tubercule massif de moyenne étendue.

La couche sous-péritonéale est épaissie, scléreuse et contient un grand nombre de lobules adipeux. Au niveau de l'ulcération, il n'y a naturellement plus de villosités, ni de glandes. Le fond est constitué par la nappe de cellules lymphoïdes dont nous avons parlé, qui est très vascularisée et qui repose directement sous la couche sous-muqueuse présentant les mêmes caractères que plus haut. Tous les vaisseaux un peu grands sont épaissis ; les artérioles et les artères en particulier présentent une endo-périartérite scléreuse considérable.

En résumé, il existe une infiltration diffuse de nature tuberculeuse, mais sans follicules tuberculeux classiques de toute la muqueuse et la sous-muqueuse.

Dans la couche sous-séreuse, on retrouve au contraire de gros tubercules massifs dont la présence épaissit considérablement l'intestin, et qui sont tous à évolution fibreuse, ce qui explique qu'ils passent facilement inaperçus à l'œil nu, leur coloration grisâtre se confondant avec celle du tissu ambiant.

2e coupe (au niveau du bord de l'ulcération du cæcum). — La muqueuse du caccum présente au niveau des ulcérations, de petits groupes de glandules qui sont réservés et qui produisent les petites saillies observées à l'œil nu. Sur ces îlots respectés, on constate que les glandes de Liéberkühn sont atrophiées et flexueuses ; leur nombre est très réduit, et la masse principale des végétations est composée de cellules embryonnaires infiltrant le réticulum intestinal et de vaisseaux capillaires abondants largement dilatés. Il n'existe plus d'épithélium superficiel. Au bord de l'ulcération, les glandes sont conservées, mais la muqueuse est soulevée par la présence d'une quantité considérable d'amas lymphoïdes, nodulaires dans la sous-muqueuse, au-dessous du muscle de Brücke.

Ces amas se présentent sous deux types ; les uns sont composés de cellules extrêmement serrées et tassées, se colorant d'une façon intense par les réactifs, mais dont les éléments n'ont pas un contour extrêmement net et paraissent se souder dans une coagulation commune. Les autres présentent deux couches, l'une externe, composée de ces mêmes cellules, l'autre interne beaucoup plus claire, formée de cellules rondes dans du tissu réticulé. On rencontre aussi des taches arborescentes correspondant évidemment à une injection vasculaire et formées toujours de ces mêmes cellules tassées.

Il est, croyons-nous, assez facile d'interpréter ces aspects : ces arborisations intra-vasculaires ne sont que des thromboses lymphatiques composées de leucocytes en voie de nécrose ; les nodules à double couche représentent des follicules lymphatiques dont les sinus périphériques sont thrombosés de même, le centre restant intact. Enfin, les nodules plus volumineux, composés exclusivement de ces masses en dégénérescence, peuvent être regardés comme de petits foyers apoplectiques résultant de la transformation complète d'un follicule lymphatique envahi par les cellules en dégénérescence.

Les glandes de la surface présentent des lésions étendues. Elles sont en grande partie détruites par une considérable prolifération embryonnaire qui siège dans les espaces inter-glandulaires. Leurs cellules sont petites, inégales, tassées et dépourvues de plateau

Voyons maintenant comment se fait l'ulcération. Elle dérive tout naturellement de la soudure des nodules lymphoïdes et de leur évolution vers la tuberculose caséeuse.

Comme elle se fait inégalement, elle respecte ça et là des portions de muqueuse qui deviennent enflammées et bourgeonnantes et produisent les saillies superficielles qui sont caractéristiques de cette forme de typhlite. Et, en effet, on rencontre des tubercules caséeux, ouverts à la base de l'ulcération, mais seulement à sa limite. Dans les points où la muqueuse est complètement tombée, la structure est différente. La musculeuse est laissée à nu ; quoique entamée en beaucoup de points à sa surface, elle présente cependant une trame assez résistante. Les vaisseaux qui la traversent ont leur endothélium tuméfié et proliféré, et beaucoup sont remplis de leucocytes. La couche superficielle présente un très mince feston, composé de cellules rondes dont les plus superficielles sont en partie nécrosées et c'est cette infiltration, comparable à celle d'une paroi d'abcès, qui recouvre directement le muscle. Son épaisseur est partout égale, elle ne présente pas de follicules tuberculeux développés. C'est au-dessous de la couche musculaire que se trouvent les tubercules. Ils forment une couche ininterrompue, bosselant la paroi péritonéale; ils sont très volumineux et présentent les mêmes caractères que ceux de l'intestin grêle, c'est-à-dire qu'ils sont massifs, à contours irrégu-

liers, à cellules géantes plus ou moins nombreuses, à centre fibro-caséeux.

Les lésions occupent donc encore ici le même siège que dans l'intestin grêle, mais elles en diffèrent, d'abord par la formation de tubercules caséeux dans la couche sous-muqueuse, ensuite par la persistance et l'épaississement de la couche musculaire.

Les tubercules fibreux se retrouvent semblables dans la couche sous-péritonéale et ce sont eux qui donnent à la paroi sa rigidité.

Les lésions scléreuses des vaisseaux sont tout aussi accentuées. Enfin il existe de très nombreux lobules adipeux séparant les tubercules.

Sur d'autres coupes prises en différents points, on retrouve toujours les mêmes lésions, variant seulement d'intensité. Aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

Les ganglions sont entièrement transformés en énormes tubercules fibreux massifs; et l'on ne rencontre de cellules géantes que sous la capsule que double une traînée de cellules embryonnaires.

Le foie complètement stéatosé présente quelques petites tubercules lymphoïdes, on y trouve de plus, dans les espaces portes, des taches discrètes de pigment noir rappelant l'aspect de l'anthracose pulmonaire, pigment qui est probablement d'origine externe, et que nous avons retrouvé dans plusieurs cas de tuberculose hépatique avec ulcérations intestinales (Pilliet, thèse Paris, 1891).

La rate présente un assez grand nombre de tubercules à centre caséeux.

Enfin dans les poumons, on constate une broncho-pneumonie tuberculeuse avancée formant de volumineux nodules péribronchiques.

Obs. IV et V. — Communication à la *Société de Chirurgie*, par M. Bouilly (séance du 7 mars 1892).

M. Bouilly rapporte deux faits de lésions tuberculeuses de l'appendice et de la région iléo-cæcale de l'intestin.

« J'ai rapporté le premier de ces faits au Congrès de chirurgie de 1889, à propos du traitement chirurgical de la péritonite aiguë. J'ai communiqué le second à la Société de chirurgie le 10 juillet 1889, avec une erreur d'interprétation sur la nature de la lésion, qui n'a été bien caractérisée que tout récemment.

« Le 16 août 1888, je fis la laparotomie à une malade qui présentait depuis deux mois et dix jours, les symptômes d'une péritonite subaiguë suppurée; les phénomènes péritonéaux s'amendèrent de suite; mais l'amélioration générale fut lente et entravée par des accidents pulmonaires. Les jours suivants, il s'établit par la plaie de l'incision, une fistule stercorale.

« Le 27 décembre de la même année, je rouvris la plaie et je pus me convaincre que la cause primitive de la péritonite et de la fistule était une perforation probablement tuberculeuse de l'appendice iléo-cæcal.

« Cet organe fut isolé et réséqué ; l'écoulement stercoral cessa ; mais, quelques mois plus tard, la cicatrice se désunit, et la malade succomba en mars 1888, aux progrès de la tuberculose abdominale et pulmonaire.

« J'ai relaté ici (4 juillet 1888 (l'observation d'une malade à laquelle j'avais pratiqué, le 6 décembre 1887, la résection du cæcum et d'une partie d'intestin grêle, pour une tumeur donnant lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale chronique. Cette tumeur, développée au-dessous de la région iléo-cæcale de l'intestin, avait le volume du poing ; l'appendice iléo-cæcal déformé, de la grosseur du doigt, avait la forme d'un boyau conique.

Les pièces examinées par M. Pilliet furent classées sous le nom de lymphadénome, ou mieux de lympho-sarcome limité de la région iléo-cæcale et de l'appendice. Mais, l'année dernière (*Bul. Soc. ana.*, juillet 1891) une nouvelle étude de ces pièces a démontré qu'il s'agissait d'une tuberculose lymphoïde du cœcum. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion exprimée par M. Terrier, à savoir qu'on a du cataloguer sous le nom de cancer du cæcum, des néoplasies cæcales d'angine tuberculeuse.

« La connaissance de ces faits est importante ; cette lésion est d'un pronostic plus favorable qne le cancer, et son ablation peut donner de bons résultats thérapeutiques.

« Mon opérée de 1887 était encore en bonne santé en juillet 1891 ; je n'en ai pas eu de nouvelles depuis cette dernière époque.

Obs. VI. — *Tuberculose cæcale* (Henri Hartmann, *Bulletin de la Société Anatomique*, 4 mars 1892, page 157).

Il s'agit d'un malade âgé de 41 ans, entré le 28 juillet 1891 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, alors suppléé par M. A. Broca. Ce malade, qui avait toujours joui d'une bonne santé, était sujet depuis trois mois à des douleurs abdominales vagues, siégeant plus particulièrement à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite. D'abord intermittentes, ne se montrant qu'à l'occasion de secousses telles que celles de la toux, ces douleurs étaient arrivées à devenir continues. Elles augmentaient notablement après le repas. Jamais de vomissements, mais alternatives de constipation et de diarrhée. Le malade reste deux à trois jours sans garde-robes, puis a une petite débâcle de 4 à 5 selles liquides, sans que jamais il y ait de sang. Le ventre est souvent ballonné, surtout après le repas du soir et les douleurs l'empêchent de dormir ; aussi s'abstient-depuis quelque temps de manger le soir et se contente-il d'un peu de

bouillon. L'appétit a, du reste, beaucoup diminué et le malade a notablement maigri ces trois mois.

Le 25 août, nous constatons l'état suivant :

L'abdomen est un peu tendu sans être ballonné cependant ; à gauche on déprime facilement la paroi ; à droite on provoque de la douleur et immédiatement la paroi se tend. Par une pression soutenue on arrive cependant à déprimer cette paroi et on constate alors à la partie supérieur de la fosse iliaque droite, à sa jonction avec le flanc, une tumeur dont la partie inférieure bien limitée reste distante de 2 bons travers de doigt du pli inguinal droit, dont le bord externe passe à un travers en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et dont la partie supérieure se perd dans la profondeur du flanc droit. Cette tumeur, du volume d'un poignet de femme, assez bien limitée en bas et en dehors, est mal limitée en dedans. Elle est ferme sans être franchement dure, un peu mobile dans le sens transversal, sensible à la pression bien que n'étant pas à proprement parler douloureuse. La percussion à son niveau ne dénote pas de matité, mais il y a une diminution de la sonorité lorsqu'on compare la fosse iliaque droite à celle du côté opposé. Les hypochondres et la région ombilicale sont le siège d'une sonorité tympanique.

L'examen du thorax nous fait constater une légère submatité dans la fosse sus-épineuse droite ; à l'auscultation la respiration est un peu affaiblie au sommet gauche en avant et au sommet droit en arrière. La poitrine du malade est toutefois bien conformée, émaciée.

Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines. Pas de fièvre.

Nous portons le diagnostic : turberculose iléo-cæcale, qui est accepté par notre ami, M. A. Broca.

Le 28 août 1891 M. A. Broca fait la laparotomie avec notre assistance. L'anesthésie est pratiquée par M. Du Bouchet.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; la main reconnaît immédiatement l'existence de la tumeur dans la fosse iliaque droite. La libération est commencée par la partie interne à laquelle adhèrent de l'épiploon et des anses d'intestin. Pour faciliter le dégagement de la masse le gros intestin est sectionné entre deux pinces longues au voisinage de la jonction iléo-cæcale.

Puis, afin de se donner du jour, on agrandit l'incision par en haut et l'on dépasse l'ombilic. On reconnaît alors que la portion de gros intestin sectionnée n'est autre que le côlon transverse, qui, affectant la forme d'un V ouvert en haut, était accolé sur tout son bord droit au bord interne du côlon ascendant avec lequel il faisait un angle aigu. La libération est alors reprise par la partie externe, et l'on enlève la terminaison de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et la partie droite du côlon transverse. L'hémostase est facilement assurée par quelques ligatures en chaîne. Comme l'opération a duré assez longtemps, on ne fait pas la suture des

deux bouts et l'on termine rapidement l'opération par la fixation des deux bouts, immédiatement au-dessous de l'ombilic.

Examen de la pièce. — Toute la jonction iléo-cæcale est englobée dans une masse fibro-adipeuse surtout développée à la partie interne dans l'insertion du mésentère. L'intestin ouvert, on constate que la valvule a disparu et que toute la région iléo-cæcale est occupée par une masse inégale, bourgeonnante qui empiète à la fois sur la terminaison de l'iléon et sur le commencement du côlon ascendant. L'appendice iléo-cæcal est dilaté, ses parois épaissies, sa cavité notablement agrandie. Le rétrécissement de cette portion de l'intestin est dû en grande partie à la masse scléro-adipeuse qui l'englobe. Dans le mésenstère se trouvent quelques petits ganglions. Un de ces ganglions, inoculé à un cobaye, a été suivi du développement de lésions tuberculeuses.

Le soir, 37°, pouls 130, petit ; soif assez vive. Pas de choc.

29 août, 37°, pouls 130, petit, inégal. Le soir, les extrémités sont froides, le pouls petit, irrégulier, le malade meurt à deux heures du matin.

Autopsie. — Péritonite suppurée au début ; la fixation de l'intestin a été incomplète et, à la partie supérieure existe un pertuis par lequel des matières ont filtré dans le ventre et où l'on peut engager une sonde cannelée. C'est à ce point que les lésions péritonitiques sont le plus marquées ; il n'y a pas de sang dans l'abdomen ; pas de lésions tuberculeuses du péritoine. Deux ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle ; dans le gros intestin une petite plaque pseudo-membraneuse.

Au sommet des poumons, on trouve quelques nodules durs, discrets, sans caséification.

Adhérences pleurales des deux sommets.

Obs. VI. — *Résection du cæcum pour tuberculose. Guérison* (Suchier, *Berl. klin. Wochens.*, 1889. In thèse de Benoit, Paris 1895).

B..., polisseur d'agathe, 32 ans, octobre 1887.

Antécédents. — Rien de particulier du côté des parents. Lui-même n'a jamais eu d'affection sérieuse. Ce n'est que depuis un an que l'affection actuelle a pris naissance et, dans ces derniers temps, a crû rapidement en intensité.

Etat. — Grandeur moyenne, homme amaigri. Marié depuis dix ans. Poumons et cœur normaux.

Les symptômes sont les suivants : inappétence, troubles digestifs, éructations avec odeur fétide de l'haleine. Selles dures mêlées de mucus. Au palper abdominal, on sent très bien une tumeur de consistance dure dans la région du cæcum. Les ganglions sont hyperthrophiés dans la

région inguinale droite seulement. Etiologiquement, peut-être, pourrait on invoquer la profession du patient, car il est obligé de rester chaque jour 12 heures couché sur le ventre, n'ayant pour point d'appui qu'un escabeau en bois qui exerce une pression sur les parties latérales de l'abdomen.

Le diagnostic de tumeur du cæcum fut fait ; quant à la nature, elle ne fut pas établie et on émit l'hypothèse de dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse du cæcum. On décida l'extirpation de la tumeur, en tenant compte des signes d'une occlusion toujours croissante. L'opération fut pratiquée le 1er novembre 1887.

L'incision fut faite parallèlement au ligament de Poupart, à la distance de 2 ou 3 travers de doigt. En haut, l'incision se porte en arc depuis l'épine iliaque antéro-supérieure vers la partie terminale antérieure de la dizième côte, si bien que la tumeur se trouvait être au milieu d'une incision de 20 centimètres de long.

A l'ouverture du péritoine, l'épiploon se montra dans le voisinage de la tumeur très enflammé et parsemé de nombreuses nodosités d'un blanc jaune dont le volume variait entre une tête d'épingle et un pois. On enleva pour cette raison un morceau d'épiploon de la largeur de la main. Une anse d'intestin grêle adhérente à l'épiploon fut blessée dans cette manœuvre. La petite perforation fut fermée au catgut. L'épiploon enlevé, la tumeur maintenant libre apparut; elle intéressait la portion supérieure du cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant. La tumeur fut attirée le plus possible hors de la cavité abdominale. Les ganglions atteignaient le volume d'une noix de galle et remontaient jusqu'à la colonne vertébrale ; ils furent extirpés avec la curette tranchante. La tumeur dut être séparée de la paroi du bassin avec le bistouri.

Le cæcum épaissi et adhérent était si friable qu'il y eut rupture et qu'il sortit une petite quantité de liquide intestinal. On l'empêcha à temps de pénétrer dans la cavité péritonéale. Des ligatures élastiques furent faites sur l'intestin, après quoi l'on trancha des deux côtés en tissu sain. La section à travers le cæcum intéressait la partie qui est au-dessus de la valvule, en sorte que cette dernière et le processus vermiforme purent être conservés. Les terminaisons intestinales furent suturées par la suture double de Czerny, les points profonds à la soie, les superficiels au catgut.

La toilette, la suture et le drainage du péritoine et enfin la suture de la paroi terminèrent l'opération.

Suites. — Il n'y eut pas de réaction ; pendant deux jours, douleurs violentes qui s'amendèrent sous l'influence de doses de morphine assez élevées. Il n'y eut pas d'élévation de température appréciable. Le septième jour, première selle assez abondante. Le médecin qui était resté chargé du malade l'avait nourri au début par le rectum et depuis deux jours fai-

sait prendre par la bouche de petites quantités de nourriture liquide bien supportées. L'enlèvement des sutures eut lieu huit jours après. Au bout de 17 jours, le malade quitta le lit et se rétablit relativement vite.

Quelques mois plus tard, il reprenait son travail et il se sentait parfaitement bien un an et 8 mois après l'opération.

Examen de la pièce. — La tumeur avait la forme cylindrique de l'intestin ; son diamètre était de 6 centimètres, sa hauteur de 10 à 12 centimètres. L'incision s'étant prolongée quelque peu dans les tissus sains, la longueur totale de l'intestin réséqué atteignait 20 centimètres, et comprenait le cæcum et le côlon ascendant.

Sur la coupe de la tumeur très fibreuse d'aspect, on pouvait à peine reconnaître une trace de la lumière de l'instestin. Je dois à l'obligeance de M. le professeur Ziegler de Tubingen les renseignements suivants sur la structure : l'épaississement de la paroi intestinale était déterminé par une prolifération du tissu conjonctif dans lequel se trouvait tantôt un petit nombre seulement, tantôt une grande quantité de tubercules typiques. L'épaississement de la paroi intestinale était encore augmenté par ce fait que des ganglions lymphatiques en dégénérescence tuberculeuse et du tissu adipeux (épiploon) s'étaient joints à la tumeur par des adhérences solides.

La muqueuse de l'intestin sténosé est infiltrée dans les points les plus inférieurs, mais dépourvue de tubercules. La tuberculose a pris de l'extension principalement dans la tunique sous-muqueuse et dans les couches les plus externes de l'intestin.

Obs. VIII. — *Résection du cæcum tuberculeux. Entérorrhaphie. Guérison* (Gussenbauer, *Sem. méd. de Prague*, 1890. Communiquée par Finck, in thèse de Benoit, Paris, 1893).

Homme de 34 ans, entré le 5 mai 1889, ayant eu le typhus 10 ans avant. Son affection débuta il y a un an par des troubles dans les fonctions intestinales. Peu après les repas, il ressentait des coliques qui s'irradiaient dans la région iliaque droite. Sensation d'engorgement de gaz. Selles toujours dures, souvent sanguinolentes. Cinq mois avant son admission à la clinique, le malade consulta un médecin qui constata une tumeur dans la fosse iliaque droite. Celle-ci augmentant de volume et les douleurs ne s'amendant pas par les lavements et les purgatifs, le malade se décida au traitement opératoire conseillé par le médecin.

Homme de grande taille, maigre, pâle. Cœur normal. La percussion et l'auscultation du poumon ne donnent rien d'anormal. Percussion du foie et de la rate normale. Au-dessus de l'abdomen, son tympanique; de temps en temps, on voit les mouvements péristaltiques qui vont de droite

à gauche. La percussion de la tumeur donne un son mat, celles des parties voisines, un son exagéré.

Il y a de la sensibilité à la pression; on sent quelques nodosités.

Pas de dilatation de l'estomac appréciable.

Légère augmentation des ganglions inguinaux.

Le diagnostic fut le suivant: tumeur, vraisemblablement carcinome de la région de la valvule iléo-cæcale avec sténose intestinale.

Le 17 mai, le professeur Gussenbauer procédait à l'opération : incision à 2 travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart, parallèlement à lui; commençant à 3 centimètres en dehors de la symphyse, elle va jusqu'au bord externe du carré des lombes.

Apparition d'une tumeur grosse comme un petit poing; à son bord supérieur adhère l'épiploon qui est lié; on se convainc que la tumeur est bien cæcale et l'on voit la portion inférieure de l'iléon dilatée. La tumeur est mobile; les ganglions du mésocæcum sont gros comme une noisette. Le tout est attiré hors du ventre et le reste de l'opération se fait hors du péritoine; on serre le côlon ascendant avec le clamp de Klammer. Extirpation consécutive des ganglions du mésocæcum.

Suture circulaire. 40 points de Gussembauer à la soie et 10 points sur le mésentère. Les actes opératoires en dehors de la cavité péritonéale sont faits sous une irrigation continue d'eau salicylée. L'imperméabilité de l'intestin étant assurée, on le réduit dans le ventre. Drainage vers l'extrémité lombaire de l'incision par une ouverture dans le carré des lombes et le fascia lombo-dorsal. Suture par étage des parois de l'abdomen. Durée de l'opération : 1 heure 1/4.

Suites. — Pas de réaction. Le 2e jour on enlève le drain, le 10e, les sutures de la paroi abdominale. Guérison et départ au bout de trois semaines. Les fonctions sont normales; il se trouve rétabli et ne souffre plus. Cinq mois après, les douleurs n'ont pas reparu, le malade se sent bien. Il ne tousse, ni ne crache, il a de la force et peut travailler. La cicatrice est molle; selles régulières de bonne consistance.

Examen anatomique. — La pièce ayant durci dans l'alcool mesure, du côté concave 13 centimètres, du côté convexe 10 centimètres. L'iléon est très dilaté; la paroi épaissie, sur une coupe transversale, mesure de 1 cent. 2 à 0 centim. 5. La musculeuse est hypertrophiée. La région valvulaire est très dure au toucher; on y constate un rétrécissement circulaire formé par un bourrelet gros comme le petit doigt. La paroi du cæcum lui-même présente 4 centimètres d'épaisseur, ce qui rétrécit beaucoup son calibre. Cette augmentation en épaisseur intéresse la sous-muqueuse, la musculaire et le tissu sous-séreux dont les couches présentent une dureté surprenante.

La muqueuse du côlon est bourrelée et forme des excroissances papillaires. Le processus vermiforme, long de 10 centimètres, est dilaté dans

sa moitié supérieure. Les parois, dans cette moitié, ont un diamètre de double épaisseur.

Au centre des ganglions lymphatiques hypertrophiés, on trouve des foyers caséeux circonscrits.

Examen microscopique (prof. Chiari). — On ne trouve rien de carcinomateux, mais une infiltration tuberculeuse de la paroi de l'intestin.

Obs. IX. — *Résection du cœcum et de l'iléon. Guérison* (W. Sachs, 12 novembre 1891, in thèse de Benoit, Paris, 1893).

L.., de Mulhouse, 41 ans, jouissait auparavant d'une bonne santé. Pas d'antécédents héréditaires. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Dans les derniers temps elle avait souvent de la fièvre et des frissons. Un enfant. Pas de fausses couches, jamais de maladie antérieure.

Depuis 5 ans, elle se plaignait d'une douleur localisée à la région iliaque droite et à la jambe droite; les selles étaient irrégulières depuis longtemps. Les garde-robes étaient souvent dures et friables, de l'épaisseur d'un petit doigt. Depuis un an environ, la malade sent une tumeur dans la partie droite du ventre. A gauche elle est inappréciable. Elle pensait que la douleur et la tumeur résultaient d'un mal d'enfant et consulta à ce sujet mon frère le docteur A. Sachs, qui en dehors d'une rétroversion très accentuée de l'utérus, constata une tumeur mobile qui semblait tenir à l'intestin et pour l'ablation de laquelle il conseilla la laparotomie.

Ajoutons que dans les deux dernières années, la malade avait souvent de la peine à uriner et rendait une infime quantité d'urine. Suivant son expression, « elle ne pouvait en finir ». Coliques violentes pour lesquelles on fit des piqûres de morphine, selles douloureuses.

Etat au 25 octobre 1891. — Femme pâle, à mine cachectique, pouls petit, 90. Muqueuses très anémiées, température normale.

Examen. — Peau du ventre ridée, abdomen légèrement turgescent, non tendu. Les intestins se meuvent avec bruit. Le palper abdominal est extraordinairement sensible. Les endroits particulièrement douloureux sont la région péri-ombilicale et tout le côté droit.

A gauche, légère sensibilité à la pression, on sent des scybales dans l'S iliaque.

A une palpation attentive, quand on appuie profondément la main sur le ligament de Poupart du côté droit, on sent une résistance extrêmement nette, s'étendant jusqu'au petit bassin.

La surface est bosselée et donne la sensation du plateau supérieur d'une tumeur entièrement sphérique. De plus, on sent dans la région lombaire droite, par la palpation bimanuelle d'avant en arrière, une

tumeur très nette grosse comme une tête d'enfant, de surface lisse et de consistance kystique, ne suivant pas les mouvements de la respirati n, mobile suivant les positions.

Fluctuation manifeste. A la surface de la tumeur, on perçoit le gargouillement intestinal.

La première tumeur perçue d'abord dans la fosse iliaque droite sort nettement du petit bassin dans la position de Trendelenburg. On peut la déplacer de droite à gauche et de haut en bas.

Des deux côtés de la tumeur, on peut sentir se continuer un cordon qui va d'une part dans le petit bassin, de l'autre vers le diaphragme.

Par le toucher vaginal, on perçoit l'utérus en rétroflexion et dévié vers la droite dans l'excavation sacrée. Le redressement en est douloureux. L'ovaire gauche ne peut être senti, le droit s'offre à la palpation. Le paramétrium droit est libre. De là on sent la tumeur abdominale qui paraît avoir la grosseur du poing; elle est très mobile, dure et bosselée, séparée très nettement de l'utérus.

Par le toucher rectal, on sent encore un myôme utérin, gros comme un œuf d'oie dans le cul-de-sac de Douglas. L'urine filtrée ne contient pas d'albumine, elle est riche en indican. Le cœur et les poumons sont sains.

Diagnostic. — Tumeur de l'intestin dans la région iléo-cæcale vraisemblablement carcinome, hydronephrose à droite. Indication : laparatomie entérostomie.

Opération, 12 novembre 1891 — L'opération est pratiquée avec l'assistance de mon frère, à la maison des Diaconesses de Berlin.

La préparation ne put avoir lieu comme d'habitude, à cause de l'effet excessif que produisaient les purgatifs. Sous-nitrate de bismuth pendant plusieurs jours. Diète de façon à supprimer les selles, jus de viande, œufs; pas de lait. Le matin, 2 heures et demie avant l'opération, une tasse de café noir avec du cognac.

Le bassin ayant été élevé, pour faire saillir la tumeur sur l'os iliaque, une incision fut faite sur la partie saillante, se dirigeant vers le ligament de Poupart. Perte de sang insignifiante.

Le péritoine ouvert est fixé provisoirement des deux côtés à la soie; la tumeur est amenée hors du ventre, avec l'intestin; le méso-cœcum est assez long. Aucune adhérence avec le voisinage. La tumeur, grosse comme le poing, bosselée, comprend la région iléo cæcale. Le cœcum n'est pas reconnaissable, dans le mésentère, on trouve quelques ganglions mobiles gros comme des noisettes. Du côté de l'iléon, la paroi est épaissie et l'on y voit des nodosités, grosses comme un grain de chanvre. La séreuse est très vascularisée. L'iléon n'est pas dilaté, quant au côlon ascendant, il est très large et mince. Une fois orienté, je plongeai une main bien aseptique dans le petit bassin pour redresser

l'utérus, ce que je fis facilement. Je sentis le fibrome pédiculé de la paroi postérieure signalé à l'examen.

Les bords de la plaie abdominale furent recouverts avec des compresses d'eau salée et de sublimé. A quelques centimètres de la tumeur on plaça sur l'iléon deux presse-artères de Kocher, de façon à laisser entre elles un pont large de quelques centimètres à peine. Pour le côlon ascendant, ces pinces étant insuffisantes, on employa deux pinces-clamp plus larges. On sectionna entre les pinces de l'iléon ; les surfaces de section furent nettoyées avec des compresses de sublimé. Le mésentère fut réséqué suivant une ligne concave vers la région iléo-cæcale qui finit aux longues pinces du côlon ascendant. On coupa entre les pinces du côlon et la tumeur fut enlevée du champ opératoire. Les pinces du mésentère furent liées en série avec de la soie, 25 p. environ. On confia à l'assistant les sections intestinales pour la compression digitale ; cette besogne fnt facile pour l'iléon qui était mobile. Il n'en fut pas de même pour le côlon qui adhérait intimement en haut, vers la région hépatique. Les pinces mises sur l'intestin étant enlevées, et celui-ci étant aseptisé avec des compresses de sublimé, la réunion des surfaces inégales de l'iléon et du côlon fut commencée. La lumière dn côlon fut diminuée comme l'on fait pour celle de l'estomac dans la résection du pylore ; pour l'iléon, on fit une suture annulaire comprenant la séreuse, la tunique musculaire et le bord mince de la muqueuse. Le bord mince fut suturé à points séparés. Nettoyage au sublimé et à l'eau salée. Suture abdominale et pansement avec une couche de collodion.

Le 12, dans l'après-midi, un vomissement, douleur modérée de l'abdomen. La malade reçoit alternativement de deux en deux heures un lavement d'eau et un lavement nutritif. Par la bouche, une cuillerée de café avec du cognac, de demi-heure en demi-heure. Le cathétérisme donne trois quarts de litre d'urine légèrement trouble. Température du soir : 37°,2. Pouls 76. Piqûre de morphine.

Le 13. Douleurs légères à droite en toussant, pas de gonflement du ventre. La malade se sent bien. Urine 1 litre 1/4 en 24 heures. Morphine, diète : T. : 37°,6 ; P. : 76.

Le 14. Le collodion est enlevé ; quelques points de suture retirés. Réunion parfaite. On remet du collodion. Abdomen légèrement tendu, pas de vomissements. Jusqu'ici pas de vents. Le soir elle se sent assez bas. Le météorisme a augmenté au point de la gêner pour respirer. On augmente la dose de morphine. Thé et cognac tous les quarts d'heure.

Le 15. Dans la nuit, beaucoup de gaz intestinaux. La malade se sent très soulagée ; plus de douleurs. La tumeur rénale se réduit à la grosseur du poing. Maximum de T., 37°,4 ; Pouls, 90.

Le 22. La malade se lève pour la première fois. Aujourd'hui, première garde-robe.

La malade m'a avoué avoir absorbé dans la nuit de l'opération toute l'eau qui se trouvait à sa portée et devait lui servir à se rincer la bouche.

Depuis, selles régulières.

Le 25, la malade s'en va. A ce moment, elle paraissait bien mieux qu'avant l'opération, la cicatrice était linéaire, indolore. Pas de douleur dans les efforts de la toux. Urines suffisantes, un peu troubles. Tous les aliments sont tolérés.

Huit jours après qu'elle eut réintégré son domicile, je fus appelé. Elle avait de la fièvre, les règles n'étaient pas venues.

Le 3 décembre au soir, on constate une température de 39°,5. P., 96.

État général bon, rien du côté de l'abdomen. L'appétit seul est diminué.

Les jours suivants, le malade se plaignit de douleurs dans la région lombaire gauche, surtout à la pression.

Elle avait de la fièvre et l'urine contenait de l'albumine. De plus on y trouve à l'examen du pus et des cellules épithéliales de toute forme, comme dans la catarrhe vésical on fit le cathétérisme, la fièvre tomba après un lavage de la vessie. Puis le sac hydronéphrotique se vida spontanément et la malade se sentit mieux.

Examen anatomo-pathologique. — La pièce comprend la région iléo-cæcale avec 9 centimètres d'iléon et 8 centimètres de gros intestin avec l'appendice, ainsi qu'une portion de mésentère dont la ligne de section concave atteint 20 centimètres et dans laquelle on voit beaucoup de ganglions de la grosseur d'une noisette. Les lésions que l'on observe consistent, sur l'iléon, en un rétrécissement annulaire de la paroi intestinale. La séreuse est blanche et présente des nodosités nombreuses de la grosseur d'une lentille. Elle est vasculaire vers les limites de la lésion. Toute la zone rétrécie est beaucoup plus épaisse que l'intestin voisin. Sur le gros intestin, on trouve une tumeur grosse comme une orange comprise entre les deux feuillets du mésentère et dont l'aspect superficiel est identique à celui de l'iléon.

La muqueuse de l'iléon, sur une coupe suivant l'axe de la tumeur, se montre normale, de même que la portion qui va du premier rétrécissement à la tumeur. Par contre, il existe une deuxième sténose annulaire située au centre de la tumeur et sur laquelle la muqueuse est profondément ulcérée et déchiquetée. La circonférence de l'iléon comprend 7 centimètres ; celle du côlon est élargie en ampoule.

Sur une coupe transversale, la tumeur a une teinte blanc rosée ; elle est épaisse et la circonférence du côlon ascendant réséqué est de 10 centimètres. Le siège de la tumeur est exactement la valvule iléo-cæcale.

Examen microscopique, par le docteur Langhaüs de Berne, 30 décembre 1891. — La muqueuse normale n'existe plus, les lambeaux qui la remplacent sont composés d'un tissu fortement infiltré, où l'on

ne trouve que peu de cellules épithéliales. Les tuniques sous-muqueuse et musculaire ne peuvent être séparées, tandis que la plus grande partie de celle-ci est occupée par de nombreux groupes de petits tubercules. Peu de cellules géantes, pas de caséification. Les tubercules n'atteignent pas les parois externes des fibres musculaires longitudinales.

Au niveau du rétrécissement, la muqueuse présente de nombreux tubercules ; en un seul endroit quelques glandes de Liberkün sont conservées. Dans la paroi intestinale, groupes irrégulièrement distribués de tubercules de même aspect. Quelques-uns sont sous la séreuse. Ganglions lymphatiques : trabecules, fortement épaissies ; la plus grande partie est envahie par des tubercules à cellules géantes nombreuses. L'aspect de la tuberculose intestinale répond à celui du lupus cutané, celui des ganglions lymphatiques au lymphome granuleux de Virchow.

Conclusion. — Il s'agissait donc d'une tuberculose locale, survenue chez un malade qui n'était auparavant nullement tuberculeux.

Obs. X. — *Tuberculose du cæcum. Résection* ; *Guérison* (Billroth, *Archiv für klinische Chir.* Berlin, 1892. Cas de la clinique de Billroth communiqués par E. Salzer. Résumé in thèse de Benoit, Paris 1893).

Joseph C..., 35 ans, forgeron, 6 juillet 1889.

Antécédents. — Le malade affirme que jusqu'il y a 3 ans, sa santé fut parfaite. La nuit de Noël, il fit un excès; le lendemain, il ressentit du malaise et s'aperçut pour la première fois d'une grosseur dans la région iléo-cæcale. Il dit également avoir ressenti des douleurs à ce moment-là, sans fièvre. Dans les premières années, son mal était supportable; mais l'année dernière survinrent des accès douloureux fréquents, très courts, mais très violents, et la tumeur est plus accusée dans ces moments-là. Constipation pendant les crises; le malade prenait des purgatifs. La coloration des excréments était très foncée, presque noire.

Etat actuel. — Individu pâle, assez grand; système osseux très grêle. Rien de particulier, à l'examen des poumons et du cœur. Ankylose de l'articulation du coude gauche.

Toucher rectal normal; urines acides, sans albumine.

Lupus de la face et du cou; plaques de la dimension d'un kreutzer.

Palpation. — Dans la région iléo-cæcale, la main sent une tumeur dure plus grosse qu'une noix. Bosselée, elle s'étend de l'os iliaque vers la ligne médiane, elle est mobile dans le ventre.

Les matières rendues pendant le séjour à l'hôpital sont liquides, brunâtres, d'abondance modérée.

Au niveau de la tumeur, le son est mat à la percussion; tout autour le son est tympanique.

Opération, sous chloroforme, 10 juillet 1889. — Incision comme pour la ligature de l'iliaque primitive. Aussitôt après l'ouverture du péritoine, la tumeur intestinale apparaît dans la plaie; elle appartient au cæcum On eut assez de difficulté pour découvrir la tumeur; tout d'abord, il fallut rompre les adhérences qui reliaient l'intestin grêle et le cæcum au côlon. Puis, les adhérences latérales et inférieures détruites, on en trouva encore, qui fixaient l'intestin en arrière. Ligature de tous ces cordons à la soie; section aux ciseaux ou au thermocautère de plusieurs d'entre eux, entre deux ligatures.

On ne voit rien de l'appendice vermiforme.

Aux extrémités, sur les limites de la portion à enlever, dont la longueur mesure 2 centimètres environ, on place une ligature temporaire avec une mèche de gaz iodoformée. Incision de l'intestin grêle tout d'abord; par cette incision sort une grande quantité de noyaux de cerises et de prunes, et un petit morceau de bois anguleux.

On excisa sur le mésentère une partie en coin qui répondait à l'intestin malade. Section du gros intestin.

On fit alors un cæcum artificiel. Après avoir réuni le gros intestin à la partie inférieure, on fit une incision longitudinale à sa face interne, et on aboucha le bout de l'intestin grêle dans cette incision. L'intestin grêle était large, le gros intestin étroit; quand on détruisit les adhérences postérieures si nombreuses, le péritoine se déchira de ce côté sur une longueur de 5 centimètres et on vit apparaître l'uretère droit.

Lorsque les sutures intestinales furent achevées avec le plus grand soin, la brèche faite au mésentère fut fermée au moyen de sutures de soie en surjet; une mèche iodoformée et un drain furent placés sous l'intestin, et on les fit sortir par l'angle inférieur de la plaie. Double suture péritonéale en arrière et en avant, avec la soie. Puis suture des aponévroses, des muscles et de la peau.

Suites. — La température ne dépassa pas 38°. Le 6e jour, évacuation diarrhéique. Deux jours après, le long de la mèche iodoformée, un peu de matiere avait passé dans le pansement. Drainage supprimé le 17e jour; un peu d'écoulement stercoral persistait, mais ne tarda pas à disparaître complètement après l'élimination de quelques fils de soie à travers le trajet bourgeonnant.

Au bout de 5 semaines le malade entrait en convalescence.

Le 31 août, on put le renvoyer en parfaite santé.

Examen de la pièce. — Le morceau réséqué avait 17 centimètres de long; 12 1/2 de gros intestin. Il contenait un amas de noyaux de cerises; on ne distinguait ni le cæcum, ni l'appendice. L'orifice de la valvule admet difficilement le petit doigt. Muqueuse du côlon boursouflée au-dessus du rétrécissement, musculeuse dépassant 1/2 centimètre d'épaisseur sur la paroi antérieure. Quant à la paroi postéro-latérale, elle est

épaissie jusqu'à atteindre 3 1/2 à 4 centimètres et constituée par un tissu calleux, parsemé de nids d'un tissu transparent et gélatineux La coupe de cette paroi postérieure si épaissie montre une cavité tapissée par une muqueuse analogue à celle du gros intestin, en sorte que ce conduit peut être regardé comme l'appendice vermiforme adhérent en arrière et isolé par suite du rétrécissement ulcératif de la valvule iléo-cæcale. La valvule est, en effet, remplacée par un orifice rétréci, produit par une ulcération en grande partie cicatrisée et qui envoie vers l'iléon des brides cicatricielles entre lesquelles la muqueuse hypertrophiée s'enroule en saillies polypiformes qui augmente encore la sténose.

L'examen miscroscopique montre des nodules ayant la structure histologique des cellules géantes tuberculeuses, avec une dégénérescence caséeuse commençante.

Obs. XI. — Communication à la *Société de Chirurgie*, P. Reynier (Séance du 2 mars 1892).

M. Reynier rapporte une observation intéressante de sa pratique personnelle.

« Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans qu'on avait fait passer dans mon service, d'un service de médecine, comme atteint de typhlite.

« En effet, il en présentait tous les symptômes : tumeur allongée dans la fosse iliaque droite, constipation opiniâtre, phènomènes fébriles revenant le soir. Pensant, devant l'élévation de température, qu'il pouvait y avoir du pus, je résolus d'intervenir, et avec l'aide de mon ami le docteur Ozenne, je lui fis une incision dans la fosse iliaque qui m'amena sur le cæcum. Celui-ci présentait à sa surface un semis de granulations jaunes, sur la nature desquelles il ne semblait guère qu'on pût avoir d'hésitation ; de plus, des ganglions volumineux qu'on trouvait dans le mésentère venaient affirmer le diagnostic de la lésion tuberculeuse. Le malade présentait des lésions des sommets, qui venaient encore à l'appui du diagnostic. Il n'y avait pas de pus; les lésions étaient très étendues; je dus me contenter d'une simple incision exploratrice, et je refermai le ventre. Quelque temps après, un mois environ, le malade mourait. Nous pûmes en faire l'autopsie, et celle-ci montra que les ganglions étaient caséeux, que les sommets étaient farcis de tubercules, et que par suite le diagnostic de typhlite tuberculeuse était indiscutable. »

Obs. XII. — *Tuberculose de la région cæcale. Laparotomie* (E. Reclus, *Soc. de Chirurgie*, 15 juin 1892).

Il y a 2 ans, une jeune femme m'est envoyée à Broussais pour une

tuméfaction de la F. I. D. Le mode d'invasion du mal me faisait penser à une appendicite, mais le volume du foyer, ses bosselures, sa dureté, la lenteur de l'évolution me rappelaient une tuberculose cæcale que nous avions observée avec le professeur Vulpian au temps où l'appendicite n'était pas connue. Nous intervenons avec cette idée; mais l'aspect charnu de la tumeur, l'absence de masses caséeuses ramollies nous la fit abandonner au cours de l'opération. Nous extirpons avec la plus grande difficulté une tumeur adhérente au péritoine pariétal et nous dénudons la fosse iliaque et le flanc droit jusqu'à la moitié inférieure du rein. Nous suturons, à l'angle inférieur de la plaie. les deux bouts de l'intestin sectionné et nous bourrons avec de la gaze iodoformée la cavité qu'avait laissée la masse enlevée et que les anses intestinales n'étaient pas venues remplir.

Nous augurions mal d'une telle intervention, mais nous en fûmes pour nos craintes ; le cours des matières, fort compromis avant l'opération, se rétablit facilement par l'anus artificiel; la cavité se combla avec rapidité. La malade très cachectique engraissa, et au bout de 2 mois, son état était si satisfaisant que je songeais à rétablir la continuité de l'intestin, dont le bout inférieur avait été maintenu actif par des injections de lait. Je m'adressai pour cette opération à l'un de nos collègues qui s'occupe avec grand succès de sutures intestinales. Malheureusement l'intervention fut difficile et surtout plus longue que ne l'avait supposé notre collègue et la malade ne put supporter le choc opératoire.

La tumeur que nous avions étiquetée cancer, d'après son aspect à l'œil nu, fut déclarée à un premier examen, tumeur d'origine inflammatoire ; et à un second, provoqué par la découverte à l'autopsie de ganglions mésentériques caséeux : « tuberculose de l'appendice, du cæcum, de la valvule iléo-cæcale et du côlon ascendant ».

Obs. XIII. — *Résection partielle du cæcum pour tuberculose. Guérison* (Service de M. le docteur Péan, 1892.) Observation publiée par Benoit (Thèse Paris, 1893).

A. Abdel N.., 21 ans, étudiant, entré le 7 mars 1892, salle Nelaton, lit n° 50.

Antécédents héréditaires. - Père âgé de 57 ans, ayant eu une maladie de foie qui a duré 2 mois et dont il est bien guéri. Mère âgée de 45 ans, sujette aux migraines, de constitution délicate. Trois sœurs et un frère, étudiant en médecine, tous en bonne santé.

Antécédents personnels. — Il s'est bien porté jusqu'à 7 ans. Il eut à cette époque une fièvre très intense dont il ignore la cause. A l'âge de 13 ans, il a été atteint de dysenterie très grave qui dura 2 mois et fit craindre une terminaison fatale.

Depuis ce moment, l'intestin est resté très sensible. Pour peu que le malade prenne froid, il survient de la diarrhée. Jamais de constipation.

L'état général n'a été d'ailleurs jamais aussi bon depuis cette dysenterie qu'il l'était auparavant.

Ce jeune homme est resté toujours un peu pâle et chétif; il tousse un peu tous les hivers depuis cette maladie, sans avoir jamais eu de complication sérieuse des poumons.

En juin 1890, vomissements quotidiens d'origine non définie, ayant duré jusqu'au mois de décembre, pour ne pas reparaître d'ailleurs.

Début. — Au mois de décembre 1890, en sortant du théâtre, à Constantinople, il a pris froid et trois jours après il survint un autre symptôme; à la suite d'une course très rapide quoique peu prolongée, il ressentit dans la fosse iliaque droite une douleur qu'il n'avait pas encore remarquée. Cette douleur, dit son oncle, professeur à la faculté de médecine de Constantinople, siégeait au niveau du côlon ascendant. Sous l'influence du repos et d'un purgatif, elle disparaît, mais pour reparaître quelques jours après à l'occasion d'un mouvement un peu vif. Il n'y prête cependant pas une grande attention, car elle est supportable, et intermittente; il n'en continue pas moins ses études sans suivre aucun traitement. Mais peu à peu, la gêne de la marche fait des progrès, ladouleur de la F. I. D. augmente; le 1er février 1891, il est obligé de s'aliter. Il existe à ce moment un empâtement mal délimité au niveau de la fosse iliaque droite; peu à peu, cette tuméfaction se circonscrit, devient fluctuante et douloureuse. L'état général s'aggrave, l'appétit disparaît et il survient une diarrhée incessante.

En mars 1891, on est obligé d'inciser la poche qui fait nettement saillie au niveau de la paroi abdominale, Il s'écoule du pus et des matières fécales.

Notons qu'il n'y avait pas de flexion du membre inférieur. Les jour suivants, suppuration abondante, mêlée à une petite quantité de matière s fécales. Les choses demeurent ainsi pendant plusieurs mois. Le jeune malade s'affaiblissait de jour en jour; un séjour à la campagne pendant quelques semaines le remit un peu. Bientôt la fistule cessa de donner passage aux matières et du pus seulement était rejeté en petite quantité. Depuis 6 mois, voici ce que l'on observe : la fistule vient-elle à se ferme r complètement, au bout de quelques jours il survient de la fièvre, qui disparaît aussitôt que le pus s'est fait jour au dehors. Et ainsi de suite. Au début, le trajet fistuleux avait été heureusement influencé par des njections de teinture d'iode à 1/20e; mais depuis plusienrs mois, il n'a présenté aucune amélioration. Aussi le malade s'est-il décidé, l'état général étant bon, à venir se faire opérer à Paris.

Etat. — Bien qu'il soit pâle et amaigri, son aspect est fort satisfaisant

L'appétit est bon et les digestions faciles; pour le moment, il n'a pas de diarrhée.

Les poumons paraissent sains, après un examen soigné plusieurs fois répété. Le malade ne tousse en aucune façon.

Signes locaux. — Le malade porte dans la fosse iliaque droite un petit orifice fistuleux, admettant la sonde cannelée, siégeant au niveau de la crête iliaque elle-même, en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le stylet explorateur se dirige vers la face interne de l'os iliaque en bas et en dedans. Il disparaît de 4 à 5 centimètres dans le trajet, puis s'arrête.

L'aspect local de ce trajet, s'ouvrant sur une fosse iliaque plutôt aplatie et rétractée, est celui des fistules ostéopathiques.

A la palpation, on sent un empâtement diffus, occupant surtout la région du cæcum, pour diminuer au delà sans limites précises. Il n'existe rien de plus accusé, aucune sensation de tumeur.

Le diagnostic était : foyers probablement tuberculeux de la région péricæcale. C'est avec cette idée, qu'il exprima à plusieurs reprises, que M. Péan décida d'intervenir.

12 mars 1892. — Il fait une large incision le long de la crête iliaque et de l'arcade crurale, suivant une direction courbe concave en dedans. Il enlève une portion superficielle de la crête iliaque atteinte d'ostéite, puis ouvre et gratte plusieurs trajets fistuleux siégeant entre le muscle psoas-iliaque et l'os iliaque. Mais l'os à ce niveau n'est pas malade.

On ne voit pas d'intestin, ni le point où a dû siéger antérieurement la perforation intestinale. Sutures de la plaie sur toute sa longuenr, sauf un drainage avec une mèche de gaz iodoformée laissée en son milieu.

Les fongosités furent examinées par M. Brault (laboratoire de M. le professeur Cornil), qui déclara qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Les suites opératoires sont normales. La plaie se réunit en grande partie par première intention ; les trajets fistuleux se comblent peu à peu.

17 avril. — La plaie est presque complètement fermée ; il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux se dirigeant vers l'épine iliaque A. S., de 3 centimètres de longueur environ.

5 mai. — Le malade va tout à fait bien et se lève.

Le 8. — Il est repris de douleur au niveau de la plaie et le trajet fistuleux se rouvre. On est obligé de passer un drain ressortant par la partie inférieure de la plaie.

Dès ce moment, le malade raconte qu'il sent à certains moments des gaz cheminer par le trajet fistuleux, mais il n'y a aucun écoulement de matières, aucune odeur. On n'attache pas grande importance à ce fait. Etat stationnaire pendant quelques jours.

Le 25. — Subitement, on trouve dans le pansement une grande quantité

de matières fécales ; depuis ce jour, continuellement, il y a écoulement de matières stercorales par le trajet fistuleux, en plus ou moins grande abondance.

Pour obtenir l'occlusion de la fistule, plusieurs moyens sont mis en jeu : dilatation du trajet avec la laminaire, injection consécutive de teinture d'iode pure, etc..., aucun résultat durable n'est obtenu.

Entre temps, on pratique l'examen bactériologique de certaines parties des matières par la fistule (docteur Souplet). Dans les points qui ressemblaient à du pus, on trouve des bacilles de Koch nettement caractérisés morphologiquement. En raison de la présence des matières fécales, on n'a pu faire l'inoculation aux animaux.

5 août 1892. — M. Péan pratique une deuxième opération : incision suivant le 1er trajet ; après avoir poursuivi plusieurs culs de sac qui n'ont mené sur aucune partie malade et n'ont montré que du tissu lardacé, résidu de l'ancienne cicatrice, on tombe enfin sur la partie postéro-externe du cæcum et dans sa portion extra-péritonéale, sur une petite ouverture de la grosseur d'un pois par laquelle fait hernie une muqueuse grisâtre. Après avoir agrandi cette ouverture, on remarque que le cæcum est malade tout autour de l'orifice. Le cæcum est décollé légèrement, l'orifice est agrandi et la résection de toutes les parties atteintes est opérée. Une portion de la paroi cæcale plus grande qu'une pièce de deux francs est ainsi enlevée. Le péritoine ost ouvert pendant la dissection du cæcum ; il est immédiatement protégé par une éponge aseptique, en attendant un point de suture. La suture de Gely est d'abord faite sur l'intestin réséqué. Puis cette suture est fortifiée avec les tissus voisins chargés sur l'aiguille courbe ordinaire. Points séparés à la soie. La réunion complète est faite sans drainage.

Le premier pansement est fait 5 jours après ; il y a un léger écoulement de liquide dont l'odeur rappelle celles des matières fécales. On craint un moment une perforation. Mais trois jours après, deuxième pansement, dans lequel pas de matières et pas de pus.

Le 20. — La guérison paraît complète, et le malade sort le 8 septembre, entièrement guéri, pour retourner à Constantinople. Plus de trajet fistuleux, le pansement protectif qu'il gardait n'était pas souillé. Depuis, nous avons reçu de ses nouvelles, et nous avons appris qu'il poursuit ses études et qu'il se livre à l'équitation sans difficulté. Tels sont les bénéfices une année après l'opération. Les fongosités ont été examinées au laboratoire de M. Cornil ; il s'agissait de lésions tuberculeuses de la paroi cæcale.

Obs. XIV. — *Résection du cæcum tuberculeux (néphrorrhaphie antérieure). Guérison après 34 mois* (Czerny, *Beiträge zur klinischeu*

Chirurgie. Mitteilungen au den Kliniken zu Tubingen. Heidelberg, Zurich, Bazel, in thèse de M. Benoit. Paris. 1893).

Christine W.., 34 ans, couturière. Doit avoir perdu des parents pour tuberculose. A eu des glandes dans sa jeunesse et mal aux yeux. Opérée en 1871 pour ses glandes. En 1885, elle entre à l'hôpital de Mannheim, pour une inflammation du ventre avec forte fièvre. Depuis 6 semaines, elle a des nausées accompagnées de collapsus. Traitée pendant 6 semaines sans résultat à la clinique médicale. Elle fut transportée le 6 janvier 1886 à la clinique de chirurgie. Ventre tendu, douloureux à la pression ; pouls parfois filiforme. Après les poussées aiguës, la sensibilité ne diminuait pas ; obligée de prendre des lavements pour aller à la selle. L'urine contenait de petits corpuscules rouges, avec un peu d'albumine qui disparut deux jours après.

État. — Femme maigre, pâle. Ventre ballonné ; à droite et au-dessous de l'ombilic, on perçoit un corps épais et lisse, de la forme et du volume d'un rein, situé dans le petit bassin, où son bord inférieur est accessible par le vagin. Il se laisse déplacer jusqu'à la région lombaire droite. L'ovaire droit est augmenté de volume. Les organes génitaux sont normaux. Dans l'aisselle on sent des ganglions mobiles de la grosseur d'un œuf de poule. On en sent également à la nuque et au cou du volume d'un haricot. La néphrorrhaphie est pratiquée le 9 janvier 1886.

Après cette opération, il y eut deux poussées nouvelles légères.

La malade partit le 5 mars ; le 21 mai elle revenait avec les mêmes douleurs qu'autrefois.

La tumeur se déplaçait comme avant l'opération ; il n'y avait pas trace d'albumine.

On fit une incision exploratrice sur la tumeur.

Opération le 12 juin. — Incision de 13 centimètres au bord externe du grand droit ; on trouve une tumeur située à la jonction de l'iléon et du cæcum, remontant à la partie inférieure du côlon ascendant. On fit la résection. Le rein droit était à sa place normale ; la tumeur se laisse attirer hors de la plaie abdominale et on l'entoure de compresses. Puis l'intestin est lié en haut et en bas de la tumeur ainsi que le mésentère avec une ligature élastique. Les portions malades avec la portion de mésentère correspondante furent réséquées. Le deux ouvertures intestinales furent réunies au moyen de la suture en double série ; d'abord six sutures séreuses postérieures ; une suture muqueuse courte et interne, puis douze sutures muqueuses antérieures et 13 sutures à la soie, séreuses.

L'orifice du mésentère est fermé par quelques sutures en boutonnière. Fermeture de la plaie abdominale, avec double suture. Durée 2 heures 1/4.

La portion réséquée de l'intestin comprend 3 centimètres d'iléon et 14 centimètres de cœcum avec côlon ascendant. La valvule de Bauhin est

perdue dans du tissu de cicatrice. A sa place, on trouve une sténose du canal intestinal. L'ectropion de la muqueuse a disparu ; la muqueuse de la cicatrice est blanche. Vers le côlon se trouve une ulcération circulaire serpigineuse, avec de petits îlots dans le tissu sain. Le fond est mou, les bords en bourrelet.

Une autre ulcération large de 4 centimètres, qui semble cicatrisée, se trouve près de l'extrémité terminale de l'intestin réséqué. Le mésentère contient des ganglions lymphatiques plus ou moins gros, en partie caséeux.

L'appendice vermiforme est également épaissi ; la muqueuse est ulcérée et détruite.

Suites. — Fièvre légère, maximum 39° ; dans les premiers jours on administre de l'opium et de la morphine. Nourriture liquide depuis le 13 juin ; quatorzième jour, nourriture solide.

On constate le 14 juin en enlevant le pansement qu'il y a guérison sans suppuration.

6 juillet. Elle quitte le lit. Le 9 août, elle a augmenté de poids. Digestions régulières, pas de douleurs. Du 9 septembre 1886 au 8 mars 1887, légère diminution du poids, douleurs abdominales, diarrhée. Le 11 mars 1889, trois ans après l'opération, elle est en bon état. La cicatrice est bien lisse, les ganglions inguinaux sont plus accusés à droite qu'à gauche.

A l'aisselle et au cou, les ganglions ont augmenté de volume ; elle a par jour deux ou trois selles diarrhéiques. Mais les poussées douloureuses du début, n'ont jamais reparu. En somme, diagnostic difficile ; malgré les ganglions, la forme et la position de la tumeur en imposaient pour un rein mobile.

Obs. XV. — *Tuberculose du cæcum* (M. R. Marie, interne des hôpitaux. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1er juin 1894, page 451).

I. M..., 39 ans, sexe féminin, entre le 26 avril dans le service de M. Nelaton, à l'hôpital Tenon. Elle est malade depuis cinq mois et ne présente aucun passé pathologique. A cette époque, au moment de ses règles, elle éprouve de violentes douleurs dans l'abdomen sans phénomènes péritonéaux, ni vomissements, ni nausées, ni constipation. Depuis cette époque, l'appétit diminue progressivement ; la malade ne fait bientôt plus usage que d'aliments liquides. Cependant, du côté du tube digestif on ne constate ni constipation, ni diarrhée, ni aucun changement dans la forme et l'aspect des matières. Les symptômes douloureux dominent la scène, la douleur est continue, localisée dans le flanc droit et la fosse iliaque avec irradiation à l'hypogastre.

Amaigrissement considérable. Changement de coloration de la peau qui devient terreuse et jaunâtre. Perte des forces. Rien dans les poumons.

L'inspection, à certains moments, fait apercevoir dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen des voussures, surtout prononcées à droite, animées de mouvements. D'autre fois, le ventre a un aspect uniforme et normal.

Par la palpation, on trouve dans la fosse iliaque droite, empiétant légèrement sur le flanc, une tumeur dure, lisse, du volume d'une mandarine, et très mobile, si bien que l'on pense à une tumeur de l'intestin grêle. Cette tumeur se sent moins lorsque l'intestin est distendu par les gaz; mais, la palpation faisant disparaître ces gaz, on retrouve facilement la masse indurée.

Intervention. — Laparotomie. On tombe sur une tumeur occupant la valvule de Bauhin. Résection de la portion d'intestin contenant la tumeur. Anus contre nature. Mort par péritonite deux jours après.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort — Elle nous permet de constater l'intégrité de tout le reste du tube digestif, au point de vue de la tuberculose.

Dans les poumons, on trouve quelques cicatrices avec un à deux tubercules enkystés.

Tous les autres viscères sont sains.

Examen de la tumeur. — On a entre les mains une masse grosse environ comme le poing et englobant la portion iléo-cæcale du tube digestif. Vue par sa face antérieure on reconnaît que tout le fond du cæcum et la portion de l'iléon qui s'y abouche sont recouverts d'une masse scléro-adipeuse dont les limites sont assez nettement dessinées à la partie supérieure, sous la forme d'un gros bourrelet passant transversalement en avant du cæcum. On parvient à décortiquer ce bourrelet et à dégager presque entièrement le fond du cæcum. L'adhérence de cette masse à l'intestin est intime et la décortication impossible au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle. Sur l'iléon, cette masse scléro-adipeuse se prolonge à peine à 4 ou 5 centimètres de l'embouchure de l'intestin grêle.

Cette masse est assez dure; elle est formée de tissu sclérosé infiltré de graisse, et contient quelques ganglions lymphatiques hypertrophiés. Sur la coupe, ces ganglions présentent des points caséifiés.

L'aspect extérieur de la face postérieure du cæcum est assez semblable à celui de la face antérieure : même masse englobant la région de la valvule iléo-cæcale, consistance et structure identiques. En faisant des coupes multiples et orientées en divers sens, il est impossible de retrouver quoi que ce soit qui ressemble à l'appendice iléo-cæcal.

Nulle part, sur la face extérieure de l'intestin, on ne trouve trace de granulations tuberculeuses.

On coupe la tumeur pour en examiner la face interne.

Cæcum. — Ses parois sont denses, dures, uniformement épaissies. Toutes les tuniques sont hypertrophiées.

La muqueuse présente un état villeux, polypeux, très accentué. Les villosités font saillie sous forme de petites masses plus ou moins pédiculées ; elles sont séparées par des lignes ou fentes s'enfonçant assez profondément dans la muqueuse. En certains points, on trouve dans le derme de la muqueuse des petits foyers de 2 à 3 millimètres de diamètre contenant des débris pulpeux, caséeux. Quelques-uns de ces foyers communiquent à l'extérieur par l'intermédiaire d'un petit cratère, d'autres sont séparés de la cavité intestinale par toute l'épaisseur de la couche épithéliale de la muqueuse.

L'épaississement des parois de l'intestin et l'état polypeux de la muqueuse s'accentuent à mesure que l'on se rapproche de la valvule iléo-cæcale.

Valvule. — Elle n'existe plus en tant que membrane obturante. La cavité du cæcum communique facilement avec l'intestin grêle par l'intermédiaire d'un orifice rigide. Les limites entre ces deux cavités sont marquées par un rebord saillant, rigide, épaissi, très induré ; impossible de retrouver trace d'une valve supérieure et inférieure. C'est dans cette région que l'épaisissement des parois de l'intestin est porté à son maximum.

Intestin grêle. — Le calibre de l'intestin grêle est légèrement rétréci sur une longueur d'environ 6 à 7 centimètres. La muqueuse présente à sa surface un nombre considérable de petits polypes. Ils sont formés de petites saillies cylindriques ou renflées en massue à leur extrémité libre. Quelques-uns ont jusqu'à un centimètre de longueur pour un diamètre de 2 à 3 millimètres. D'autres sont plus épais et bourgeonnent. En d'autres points la muqueuse présente un aspect anfractueux, caverneux. On voit des points de substance réunir deux ou plusieurs points différents de l'intestin. Les parois de l'intestin grêle sont proportionnellement plus hypertrophiées que celle du cæcum, on y rencontre comme sur le cæcum de petits foyers caséeux dans le derme de la muqueuse.

Examen microscopique. — L'examen microscopique a porté sur les ganglions, et sur différentes portions de l'intestin. Nous allons passer en revue les différentes altérations que nous y avons rencontrées :

1° *Ganglions.* — On y trouve des zones de caséification, de forme irrégulière, mais nettement limitées à leur périphérie par une ligne ondulée formée par une accumulation de petites cellules lymphatiques. C'est dans cette bordure que l'on trouve des cellules géantes en nombre assez considérable.

2° *Coupe au niveau de la partie supérieure du cæcum.* — Muqueuse. Erodée par place ; ce sont des ulcérations superficielles détruisant toute

la couche glandulaire, la musculaire muqueuse et empiétant plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les tubes glandulaires ont une tendance très marquée à l'allongement, quelques-uns même ont leur cul-de-sac légèrement dilaté ; la hauteur des cellules est peu modifiée.

Tout le tissu cellulaire intertubulaire est fortement infiltré de cellules rondes. Sur quelques coupes on trouve à la base des glandes de petits nodules inflammatoires bourrés de cellules ; on n'y trouve ni cellules géantes, ni zones de caséification.

La musculaire muqueuse est très franchement déssinée, elle ne manque qu'aux points où les ulcérations pénètrent dans la sous-muqueuse. Partout ailleurs on voit ses fibres musculaires légèrement dissociées par des cellules rondes.

Sous-muqueuse. — C'est dans cette couche que nous trouvons les lésions tuberculeuses.

Elle est très épaissie; elle mesure environ trois fois l'épaisseur de la muqueuse et plus d'une fois et demi l'épaisseur de la couche musculaire. Nous y trouvons de gros tubercules ; le centre a subi la transformation caséeuse et le portour est formé par une bande sinueuse de petites cellules, au milieu desquelles on trouve les cellules géantes, en nombre considérable; on peut en compter de 26 à 30 autour d'un tubercule.

Le reste de cette tunique est formé d'un tissu composé de fibrilles élastiques et de faisceaux de fibres conjonctives. Le tout infiltré de nombreuses cellules lymphatiques. Les vaisseaux sanguins y sont nombreux, leur paroi est légérement épaissie.

Musculeuse. Les deux couches de fibres musculaires sont un peu hypertrophiées. Les faisceaux de fibres présentent dans leur intervalle quelques traînées de cellules rondes.

Tissu cellulaire sous-péritonéal ; il est épaissi, chroniquement enflammé, formé de tissu fibreux, et infiltré en quelques points de cellules embryonnaires. On ne trouve nulle part de follicules tuberculeux ni cellules géantes.

3° *Coupe au niveau de la valvule ileo-cæcale.* — La valvule se détache comme un gros bourrelet entre la muqueuse du cæcum et celle de l'intestin grêle.

A sa surface on voit quelques rares glandes sinueuses, contournées en tirebouchon et noyées au millieu d'un tissu bourré de cellules inflammatoires.

Disparition complète de la musculaire muqueuse.

La sous-muqueuse est infiltrée de cellules qui dissocient toute la musculature de la valvule. On trouve dans ce tissu sous-muqueux d'énormes tubercules, en tout semblables à ceux que nous venons de décrire dans les parois du cæcum.

L'ordination des fibres musculaires de la valvule n'est plus reconnaissable; elles forment un réseau inextricable renfermant ça et là quelques tubercules.

En dehors des tuniques musculaires on trouve un épaississement considérable du tissu cellulaire sous-péritonéal qui est infiltré de tubercules caséifiés à leur centre.

4° *Coupe de l'intestin grêle près de la valvule.* — La muqueuse présente à ce niveau de grandes végétations polypeuses, très semblables aux polypes muqueux de l'utérus. Elles sont formées d'une accumulation de glandes pelotonnées. Les cellules affectent le type de hautes cellules caliciformes. Ces glandes sont noyées dans un tissu farci de cellules embryonnaires, on y trouve par endroits quelques cellules géantes.

La musculaire muqueuse est entièrement disparue et les végétations glandulaires viennent même dissocier les couches les plus superficielles des fibres musculaires.

La couche musculaire est très augmentée de volume, elle présente entre ses fibres quelques traînées de cellules.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal est sclérosé, mais ne présente pas de tubercules.

5° *Coupe de l'intestin grêle aux confins de la partie malade.* — La muqueuse présente encore quelques rares végétations polypeuses. La sous-muqueuse présente çà et là quelques tubercules. La couche de fibres musculaires et le tissu sous-péritonéal sont sains.

Obs. XVI. — *Note sur un cas de résection iléo-côlique pour tuberculose simulant un néoplasme* (Tuffier, *suivie de l'examen anatomique de la pièce.* Dujarier, *Revue de gynécologie*, 1897, p. 691).

Gar... (A), trente huit ans, journalier, entre le 3 juin 1897, à l'hôpital de la Pitié.

C'est un homme pâle, très amaigri, qui se plaint d'avoir perdu presque complètement ses forces et qui accuse une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Habituellement bien portant jusqu'à ces dernières années, Gar... aurait eu des convulsions dans la première enfance et une fièvre typhoïde à l'âge de sept ans. Il y a trois ans, le malade fut soigné, à ce même hôpital de la Pitié, pour des phénomènes douloureux du côté de l'estomac, phénomènes qui paraissent avoir relevé d'une gastrite éthylique. Le régime lacté absolu auquel le malade fut soumis pendant trois semaines amena la guérison.

Gar... (A.) se portait assez bien, lorsque, trois mois avant son entrée à l'hôpital, il commença à éprouver des vagues douleurs dans l'abdomen et

s'aperçut que ses selles contenaient du sang. Tantôt c'était du sang rouge qui sortait de l'anus dès les premiers efforts de la défécation, tantôt du sang noir comme de la suie. Ces selles sanglantes ou mélaniques étaient quotidiennes; jamais le malade n'eut de constipation opiniâtre, ni de débâcle diarrhéique. Les douleurs étaient d'abord vagues et peu intenses, mais elles finirent par se localiser dans la fosse iliaque droite, et le malade, en se palpant lui-même, trouva dans son côté une tumeur dure qui lui parut du volume d'une noix. En même temps Gar... maigrissait, et l'affaiblissement devint tel qu'il fut obligé de quitter son travail. Il se mit au repos absolu; mais, ne constatant aucune amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate, par la palpation du côté droit de l'abdomen, une tumeur assez bien limitée, de la grosseur et de la forme d'un gros œuf, à grand axe presque longitudinal, de consistance ferme et de surface irrégulière. La percussion à son niveau donne de la matité. La peau est mobile sur les parties profondes. Cette tumeur descend à deux travers de doigt de l'arcade de Fallope et affleure en dedans les bords du muscle grand droit. L'abdomen, dans le reste de son étendue, est souple; le foie ne paraît pas abaissé, la rate n'est point volumineuse. En aucun point on ne trouve d'engorgement ganglionnaire. Les symptômes fonctionnels sont peu marqués. Douleurs du flanc droit, selles sanglantes, inappétence, amaigrissement et surtout affaiblissement extrême, tels sont les signes qu'accuse principalement le malade. L'examen des poumons et du cœur ne décèle rien d'anormal. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. On ne contaste pas d'hémorrhoïdes.

Opération le 26 juin 1897. Le malade est endormi à l'éther. Une incision longitudinale est pratiquée parallèlement au bord externe du muscle grand droit. Le milieu de cette incision se trouve sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. La cavité péritonéale ouverte, on arrive d'emblée sur une tumeur cæcale adhérente aux parties profondes. Deux longues pinces-clamps, à mors garnis de caoutchouc, sont placées l'une sur le côlon ascendant, l'autre sur l'intestin grêle. On détache les adhérences très intimes de la tumeur avec le péritoine pariétal et avec la paroi profonde lombo-iliaque. L'anse est libérée entièrement et, quand on la sent mobile, une ligature est facile sur chacun des segments intestinaux, à courte distance des pinces; on sectionne l'intestin en dehors de ces deux ligatures et on extirpe, comme une tumeur, le cæcum, un court segment d'iléon et l'appendice perdu dans une gangue inflammatoire. Des ligatures sont faites sur les points saignants. On a maintenant le côlon sectionné au-dessous d'une pince, l'iléon sectionné de la même façon, chacun enveloppé dans une compresse aseptique, il faut rétablir la continuité du tube intestinal. Peu partisan de l'anastomose termino-terminale, surtout quand les deux segments intes-

tinaux ne sont pas du même calibre, je préfère, comme Senn, oblitérer chacun des deux bouts intestinaux et les anastomoser. ensuite latéralement un peu plus haut.

Voici quelle fut la technique suivie : j'enlevai la pince qui tenait le côlon oblitéré, je saisis avec des petites pinces à griffes la muqueuse exubérante et pratiquai avec un fil de soie une ligature en masse de la muqueuse, je fermai ainsi mon intestin comme le meunier ferme son sac, et je cautérisai au fer rouge la muqueuse débordant la ligature. Par-dessus cette ligature en masse, je referme le plan musculo-séreux par une série de points de Lambert : j'ai ainsi un intestin solidement fermé sur deux plans. Le bout de l'iléon avait été traité exactement de la même façon ; il ne reste plus que deux culs-de-sac à abou cher latéralement.

Le côlon est rapproché de l'iléon et maintenu accolé à l'aide de petites pinces à forcipressure à griffes. Sur la ligne d'accolement sont faits six points de Lambert séro-séreux ; à quelque distance et sur deux lignes parallèles on passe des fils d'attente n'intéressant que le plan musculo-séreux. Ces fils ne sont pas liés, on les maintient écartés de chaque côté et séparés les uns des autres par de petites compresses C est entre les deux lignes parallèles de passage des fils que l'on incise les parois de l'intestin ; la muqueuse ouverte au niveau de chaque segment est suturée par un sujet circonscrivant la bouche de néoformation. La bouche créée et suturée, il ne reste qlus qu'à serrer et nouer les fils d'attente ; l'entéro-anastomose est terminée.

La paroi abdominale sst suturée sur trois plans : péritonéal, musculo-aponévrotique et tégumentaire. L'opération a duré moins d'une heure.

Les suites opératoires furent bonnes. Le malade fut soumis à la diète les premiers jours. Le 29 juin, il commença à prendre du lait mélangé d'eau de Viechy. Le 1er juiilet un verre d'eau de Sedlitz amena une selle abondante. A partir du 2 juillet, l'alimentation ordinaire fut commencée. A part la suppuration d'un fil profond de la paroi, la guérison se fit sans incident. Le malade, à l'heure actuelle, mange avec appétit, il sent ses forces renaître.

Examen macroscopique. — Les parois du cæcum sont extrêmement épaissies, lardacées, leur épaisseeur est de 2 à 3 centimètres au moins. Cet épaississement des parois présente une grande dureté, il règne sur toute la paroi du cæcum, mais ne dépasse pas en haut le niveau de la valvule iléo-cæcale ; en bas, il respecte l'appendice qui ne paraît pas altéré et qui s'est conservé perméable sur toute sa longueur. Cet appendice était situé en arrière du cæcum ; son abouchement dans le cæcum était très élargi. La muqueuse cæcale ne présente aucune ulcération

Les parois de l'intestin grêle ont gardé leur épaisseur et leur souplesse

normales. Le néoplasme soulève le bord inférieur de la valvule dont il rétrécit par sa présence l'ouverture.

La section qui a été pratiquée sur le gros intestin dépasse de beaucoup les limites du néoplasme.

Examen microscopique. Fixation au sublimé concentré (24 heures). Inclusion dans la paraffine. Coloration à l'hématéine, éosine, thionine.

La coupe porte sur le centre de la tumeur et on ne voit pas la surface épithéliale.

A un faible grossissement (Dumaige, ocul. 4, obj. 2), toute la surface de la coupe est parsemée d'un grand nombre de cellules géantes, dans un tissu de granulations. Les cellules géantes sont, les unes arrondies, les autres ovalaires, d'autres encore en raquette.

A un plus fort grossissement (ocul. 4, obj. 4), le tissu de granulation se décompose en un très grand nombre de cellules épithélioïdes qui constituent le corps de la tumeur. La plupart des cellules géantes forment le centre d'un follicule bordé par une double ou une triple rangée de cellules épithélioïdes.

A un grossissement plus considérable, on remarque que quelques-unes de ces cellules géantes présentent à leur partie centrale, des débris de cellules encore visibles, analogues à celles qui bordent l'élément.

Le reste de la cellule géante est occupé par un tissu nécrosé se distinguant nettement par sa coloration du tissu ambiant.

Dans l'épaisseur de la coupe on remarque quelques capillaires, coupés transversalement et vides de sang.

Examen bactériologique. — Parmi les coupes, celles qui ont été examinées au point de vue bactériologique ont porté sur la périphérie de la tumeur. Le tissu à ce niveau était sain. Les colorations ont été faites par la méthode de Ziehl.

Nulle part on n'a trouvé sur ces dernières coupes de cellules géantes ni de bacilles ; en aucun point, non plus, on n'a décelé la présence de cellules agglomérées, rappelant le follicule tuberculeux. Du reste, on se trouvait en présence d'un tissu paraissant normal, essentiellement constitué sur le type du tissu adénoïde de Hiss, c'est-à-dire par un grand nombre de fibrilles grêles, entrecroisées dans tous les sens, et interceptant des mailles remplies de cellules lymphoïdes.

Malgré l'absence des bacilles, l'examen des coupes permet de poser le diagnostic de tuberculose ; c'est, du reste, l'avis de MM. Letulle et Gombault, qui ont bien voulu examiner nos coupes.

Obs. XVII. — *Tuberculose hypertrophique non sténosante du gros intestin* (H. Claude, *Société de Biologie*, 1898, p. 1110).

Observation résumée. — Homme de soixante et un ans, entré dans le

service de M. Bouchard. Malade depuis quatre mois. Diarrhées, quelques selles noires de temps en temps, cachexie progressive. Pendant son séjour à la Charité, diarrhée intense, 10-15 selles par jour, liquides, glaireuses, parfois épaisses, brunâtres, couleur chocolat, parfois véritables hémorrhagies. Hémorroïdes ulcérées externes. La cachexie augmente, quoique l'appétit soit assez bien conservé; les selles deviennent plus fréquentes, sans ténesme, il y a plutôt insuffisance sphinctérienne. Râles fins et secs aux deux sommets, surtout à droite. Adénopathies inguinales. Affaiblissement progressif et mort.

Autopsie. — Granulations tuberculeuses des deux sommets. Adénomes polypeux de l'estomac et petite ulcération cancéreuse empiétant sur l'adénome. Pas de tuberculose de l'intestin grêle. Le cæcum est épaissi, plus volumineux, entouré d'un tissu cellulo-adipeux dense. Il présente, sur toute sa face interne, des ulcérations très étendues, à bords serpigineux, irréguliers, surélevés, rougeâtres, empiétant sur la valvule. Le fond de ces ulcérations est constitué par la tunique musculaire nettement apparente ou recouverte de débris de la muqueuse. Cette tunique musculaire est très épaissie et se confond insensiblement avec le tissu cellulo-adipeux très hypertrophié. Les ulcérations couvrant la plus grande partie de la surface du cæcum, il ne reste qu'une faible surface de muqueuse épaissie, rouge, formant des îlots ou des bandes qui sont reliées à la muqueuse du côlon. Sur le côlon ascendant, les lésions sont moins accentuées. La muqueuse a en général son aspect normal; la paroi de l'intestin n'est pas épaissie, sauf au niveau des ulcérations qui ont une étendue variant de 3 à 6 centimètres, irrégulièrement arrondies, occupant la moitié ou les deux tiers parfois de la surface interne. Le fond est constitué par la musculeuse dénudée, les bords sont très épaissis. La paroi, d'une façon générale, a une consistance squirrheuse, et, sur une coupe, offre une épaisseur d'un centimètre à 1 cent. 5. L'infiltration de la paroi se prolonge bien au delà de la surface ulcérée. Le tissu cellulo-adipeux est également très développé. Pas de lésions du côlon transverse. Mais, à partir de l'angle du côlon descendant, on trouve de larges pertes de substance de la muqueuse à contours irréguliers, à bords peu saillants et au niveau desquels la paroi intestinale est en masse extrêmement hypertrophiée, atteignant 1 cent. 5 et même 2 centimètres sur la coupe. La tunique musculaire, très épaisse et dense, confondue avec la sous-muqueuse ou dénudée, suivant les points, a une consistance squirrheuse. Son adhérence intime à la couche cellulo-adipeuse externe fait penser au cancer.

Au niveau de l'S iliaque, la paroi intestinale paraît de nouveau normale.

Les 14 derniers centimètres du gros intestin, au niveau du rectum, sont complètement dépouillés de muqueuse. Celle-ci cesse brusquement

et sa limite est représentée par une ligne circulaire, irrégulièrement découpée. La muqueuse est amincie et décollée sur une étendue de quelques milimètres. Sur toute cette partie du rectum, la paroi est représentée par la couche musculaire recouverte de produits de désintégration de la paroi; sa coloration est gris noirâtre. Elle présente, ça et là, quelques îlots rougeâtres saillants, représentant les vestiges du revêtement muqueux. Le tissu cellulo-adipeux hypertrophié est rempli de vaisseaux. Les ulcérations s'arrêtent au niveau du sphincter anal. L'appendice iléo-cæcal est normal.

Le calibre de l'intestin n'est pas modifié d'une façon sensible. Il n'y a pas de rétrécissement.

L'examen histologique, sur lequel nous ne pouvons insister ici, nous a montré la nature tuberculeuse de ces lésions. Les bacilles étaient très abondants dans les parties superficielles des ulcérations, rares dans les follicules tuberculeux profonds. L'épaississement de la tunique intestinale est dû à l'hypertrophie du tissu conjonctif sous-muqueux et aux néoformations tuberculeuses contenues dans les autres plans de la paroi. Celle-ci peut être réduite à la couche musculeuse, celle-ci est épaissie par l'infiltration de cellules embryonnaires et semée de follicules tuberculeux qui sont surtout abondants dans le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux. Enfin, dans la couche cellulo-adipeuse, on constate soit des lésions inflammatoires et banales, soit une grande quantité de follicules isolés, le plus souvent contenant des cellules géantes typiques. En somme, à l'examen des pièces, on aurait été tenté en considérant ces grandes ulcérations et ces vastes surfaces de l'intestin dépouillées de muqueuse, ainsi que l'épaississement considérable des parois, de rapporter ces lésions à la dysenterie. On a publié des cas de dysenterie sporadique ayant tout à fait le même aspect (Letulle). L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cas de tuberculose ulcéreuse et hypertrophique se distinguant des cas déjà publiés par l'absence de rétrécissement. Il s'agit d'une hypertrophie par infiltration pariétale avec fonte tuberculeuse dysentériforme de la muqueuse sans diminution de calibre de l'intestin.

Obs. XVIII. — *Tuberculose du cæcum à forme hypertrophique. Résection iléo-colique. Guérison* (Observation de M. le professeur Tédenat, in thèse de Itié, Montpellier 1898).

Jean B..., 25 ans. Mère morte à 33 ans d'une affection chronique des poumons. Une sœur morte à 13 ans du mal de Pott.

Depuis cinq ou six mois, dyspepsie habituelle, coliques fréquentes. Diarrhée et constipation alternantes. Depuis deux mois, douleur habi-

tuelle dans la fosse iliaque droite, sourde. Il y a un mois, poussée inflammatoire dans la région du cæcum, avec élancements, tuméfaction, fièvre le soir, constipation nécessitant, à plusieurs reprises, l'emploi de laxatifs et de lavements. On diagnostique une appendicite, et la malade est adressée à M. Tédenat, le 13 juin 1893.

4 juin 1893. — Pâleur, amaigrissement, ventre ballonné modérément. Depuis une dizaine de jours, la constipation, moindre, ne résiste pas à un lavement quotidien. Vagues coliques suivies de gargouillements. On voit, de temps en temps, des anses se mouvoir et se dessiner sur la paroi abdominale amincie. Jamais de sang ni de pus dans les selles.

Dans la fosse iliaque droite, tumeur du volume d'un gros œuf de poule, tendue, dure, légèrement mobile, dans le sens transversal, sonore à la percussion. Rien à noter du côté de l'appareil urinaire. Matité du foie normale. Rien au cœur. Expiration dure et prolongée au sommet du poumon droit, en arrière.

M. Tédenat pratique la laparotomie le 8 juin, le diagnostic hésitant entre appendicite et tuberculose cæcale. Pourtant, la forme arrondie de la tumeur, l'absence des phénomènes aigus le font plutôt pencher vers la tuberculose du cæcum.

Incision oblique en bas et en dedans, sur la tumeur; quelques adhérences, jeunes et molles du péritoine pariétal, sans épanchement. Le cæcum apparaît : il n'adhère pas à l'intestin grêle. Sa surface est grise, grenue ; sa paroi est épaisse, dure. Il est facile de l'attirer au dehors après décollement d'adhérences épaisses au niveau de l'appendice et au fond du cæcum.

Des compresses aseptiques sont appliquées pour circonscrire le champ opératoire et retenir l'intestin grêle. La résection est faite comme à l'ordinaire : suture triangulaire du mésentère, quatre ligatures à la soie fine sur les vaisseaux, suture bout à bout de l'iléon avec le côlon, qui sont de même calibre. L'opération dure 45 minutes, et le malade se réveille sans choc marqué.

Dans la soirée, la température est à 37°,4, le pouls à 100; quelques vomissements dans l'après-midi. Injection de 500 grammes. de sérum dans les parties molles de la fesse. Vagues douleurs abdominales. État général satisfaisant.

9 juin. — Nuit bonne; pas de vomissements. Température, 37°,1-38°; pouls, 90-110. Dans l'après-midi émission de gaz par l'anus. Pas de nausées. Quelques douleurs légères dans la fosse iliaque.

10. — Même état. Température 37°,4,-38°,3. Pouls, 92-108. Trois lavements de lait.

11. — Selle ce matin. Quelques coliques. Le malade demande de la nourriture. Il prend dans la journée un demi-litre de lait. Température, 37°,3,38°,4. Pouls, 80-110.

18. — Le malade est allé à la selle à peu près tous les jours. On a con-

inué les lavements deux ou trois fois par jour. Lait et bouillon, au moins un litre par jour, bien supportés. Hier, T., 38°,5 le soir, la plus haute depuis l'opération. Pansement changé. Réunion totale, avec un minuscule abcès au dernier point de suture, en bas. Injection d'une solution de nitrate d'argent à 1/1000 dans le foyer de l'abcès.

28. — Le malade quitte Montpellier guéri, se nourissant bien. La santé reste bonne jusqu'en avril 1894. Le docteur Bourguet fut alors appelé pour une bronchite avec hémoptysie, et diagnostique une tuberculose pulmonaire à laquelle le malade succomba en janvier 1895. Les troubles digestifs n'ont, pendant la dernière maladie, présenté aucun caractère pouvant faire admettre des lésions graves de l'intestin.

Examen de la pièce. — La longueur de la portion d'intestin enlevé est de 18 centimètres, dont 5 centimètres sains, 2 sur sur l'iléon, 3 sur le côlon. Les lésions sont surtout marquées au cæcum proprement dit. Sa face externe, d'aspect gris, présente des bosselures disséminées. Les plus petites sont arrondies, du volume d'un grain de millet, d'une lentille ; les autres sont aplaties, de 2 à 4 millimètres de diamètre. En quelques points, taches hémorrhagiques. A la partie postérieure et inférieure, un peu au-dessus de l'origine de l'appendice iléo-cæcal existe une saillie dure, mamelonnée, du volume d'une cerise, reliée à l'appendice par une travée fibro-adipeuse qui fixe l'appendice à la paroi postérieure du cæcum. La circonférence de la masse est de 15 centimètres à sa partie moyenne, qui correspond à peu près au niveau de la valvule.

La paroi a une épaisseur de 2 à 4 centimètres suivant les points. A la coupe, aspect grisâtre, avec petits nodules rares, jaunâtres, du volume d'une lentille, sans caséification marquée. Les deux lèvres de la valvule sont épaissies, dures, avec quelques saillies polypeuses par endroits exulcérées ; l'orifice admet à peine le petit doigt. Au-dessous de la valvule, ulcération irrégulière, à bords grenus et îlots cicatriciels. Au-dessus, quelques autres ulcérations serpigineuses entre lesquelles la muqueuse est épaissie, rougeâtre, et porte quelques tubercules gris ou jaunes. Deux ganglions à centre caséeux sont à l'angle iléo-colique.

Obs. XIX. — *Tuberculose hypertrophique du cæcum. Résection. Mort 3 jours après* (Observation de M. le professeur Tédenat, in thèse de Itié, Montpellier, 1898).

Louise Coz.. , ménagère, entre à l'hôpital, le 4 janvier 1890.

Antécédents héréditaires. — Bons : père vivant, mère morte à la suite d'un refroidissement, frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; réglée à 13 ans,

sans douleurs ; depuis lors les règles sont régulières, durent 3 à 4 jours. Mariée à 19 ans, 3 grossesses, toutes trois à terme et terminées par la naissance d'enfants vivants ; tous les trois sont morts en bas âge, de maladie inconnue.

Il y a trois ans, la malade ressentit dans la fosse iliaque droite des picotements, en même temps des tiraillements dans les reins pendant un mois. Constipation habituelle. Depuis deux mois, géne dans la marche.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, bien constituée, encore assez grasse, bien qu'elle dise avoir maigri ; la physionomie est colorée ; peu d'appétit.

Douleurs marquées dans la fosse iliaque droite, spontanées et à la pression. Menstruation peu abondante. Au toucher vaginal, l'utérus paraît mobile, le col légèrement ouvert et induré. les cul-de-sac libres.

Dans la fosse iliaque droite on sent une tumeur remontant au niveau de l'ombilic et atteignant la ligne médiane. Elle paraît adhérer au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et à la partie externe du ligament de Fallope. La tumeur est dure, lisse, la peau est très mobile au devant de la tumeur. En arrière d'elle on peut passer la main en refoulant la paroi abdominale. Une intervention est acceptée.

7 janvier. — Incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commençant à 002 centim. de l'ombilic et mesurant 12 centimètres environ. On arrive sur une masse graisseuse qui n'est pas autre chose uebuel'épipent épai ortfoo l issi et dont une sorte de prolongement inférieur s'enfonce et se fixe derrière le pubis. Ligature et section de ce prolongement. On tombe alors sur une masse dont font part ie la fin de l'iléon et le cæcum. L'intestin est fixé au-dessus et au-dessous de la masse entre les mors de deux pinces courbes et la masse est réséquée. Ablation de l'extrémité inférieure du tablier épiploïque, qui est fortement épaissi et induré. Il reste encore des masses dures que l'on ne retire pas, appliquées au *fascia iliaca*. Les ganglions lombaires sont engorgés. Entérorraphie circulaire.

Suture de la moitié supérieure de l'incision. Une mèche de gaz iodoformée faisant drainage est introduite dans la plaie et ressort par son extrémité inférieure.

La malade ne paraît pas fatiguée à son réveil.

Le soir, T. 37°,2, pas de vomissements.

8. — T. matin : 37°,9 ; soir : 37°,5. Pouls, 116.

La malade n'a pas dormi, elle se sent très affaiblie, se plaint de colique à gauche.

9. — La malade a vomi un peu de lait ; quelques gargouillements intestinaux ; pas de douleurs dans le ventre.

10. — La malade est plus abattue qu'hier. Elle a rendu un ou deux gaz

dans la nuit. Pouls petit et rapide. Douleurs très violentes, surtout à gauche. Mort dans la nuit.

Examen des pièces. — La partie enlevée se compose de 0 centim. 08 d intestin grêle et des trois quarts du cæcum, l'appendice y compris.

L'intestin grêle a des parois épaissies, dures, d'un blanc fibreux à la coupe. Toute la paroi postérieure du cæcum forme une masse dure, bosselée, dont l'épaisseur varie selon les points de 0, 02 à 0 centim. 04.

On a enlevé aussi un gros bloc d'épiploon qui présente les mêmes altérations. Le péritoine, les ganglions étaient envahis, présentant plusieurs noyaux adhérents. Le péritoine pariétal est envahi et épaissi, de même que le fascia iliaca jusqu'au rebord de l'os iliaque.

L'examen microscopique fait par M. Kiener a fait constater des cellules géantes rares et quelques follicules tuberculeux.

Autopsie. — Faite quelques heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, pas de lésion de péritonite aiguë. Dans la fosse iliaque droite, masses dures, tendues sur le muscle iliaque et le psoas.

Utérus et annexes unis par des adhérences nombreuses. A droite notamment, la trompe et l'ovaire semblent se continuer avec le paquet fibreux signalé au niveau du psoas.

La suture intestinale n'a pas donné issue à des matières fécales ; la masse intestinale est considérablement distendue, ballonnée par des gaz.

Obs. XX. — *La tuberculose intestinale à forme hypertrophique.* F. Bezancon et A. Lapointe (*Presse médicale*, mai 1898, p. 265).

« L'histoire clinique détaillée manque. Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans, mort de tuberculose pulmonaire, dans le service de M. Faisans, suppléé par M. Fernand Bezançon. Le malade présentait, depuis plusieurs mois, de la douleur et de l'empâtement de la fosse iliaque droite, des alternatives de diarrhée et de constipation, mais il n'eut à aucun moment de symptômes d'occlusion.

A l'autopsie, on constate des foyers de péritonite localisée. Le mésentère est épaissi d'une manière considérable, par suite de la présence de masses adipeuses, au centre desquelles on trouve de gros ganglions tuberculeux.

La surface de l'intestin grêle est parsemée d'ulcérations, qui ont aminci les parois intestinales. Elles sont circulaires, perpendiculaires au grand axe de l'intestin. Leurs bords sont décollés et leur fond pâle présente, surtout près des bords, des granulations jaunâtres caractéristiques. En aucun point du petit intestin, on ne trouve d'épaississement des parois, ni de sténose.

Les altérations du gros intestin sont beaucoup plus intéressantes, parce que à côté de lésions ulcéreuses banales, on trouve plusieurs points où les parois sont extrêmement épaisses et le calibre diminué.

Le cæcum, l'appendice et la fin de l'iléon sont englobés dans une masse adipeuse considérable, farcie de tubercules qui siègent dans les ganglions iliaques. Toute la surface du cæcum est ulcérée, et presque toute la muqueuse est détruite, sans qu'il y ait épaississement véritable des parois. Presque immédiatement au-dessus du cæcum, sur une étendue de 6 centimètres environ, on arrive sur un premier rétrécissement laissant passer à peine un porte-plume. A ce niveau, la surface du colon est ulcérée et les parois présentent sur la tranche une épaisseur de plus de 1 centimètre. Plus haut, le calibre du gros intestin redevient normal, les parois et la muqueuse retrouvent leur aspect habituel, sauf quelques petites altérations.

A peu près au niveau de l'angle côlique droit, nouvelle stricture aussi étroite que la première, cette fois sur une étendue d'au moins 10 centimètres. Là aussi, l'épaississement de la paroi fusionnée avec les tissus périphériques est très considérable.

De nouveau, l'intestin redevient sain, dans sa surface et dans son calibre jusqu'à la partie terminale du côlon transverse, où siège un troisième rétrécissement qui ne mesure pas moins de 15 centimètres de long. Il est constitué par une partie un peu plus large, intermédiaire à deux parties plus étroites.

Quatrième et dernière stricture juste au-dessus de l'ampoule rectale dont le calibre est normal. Aussi serrée que les précédentes elle s'étend sur une hauteur de 7 à 8 centimètres. Enfin, sur le trajet anal existe une ulcération tuberculeuse presqu'aussi grande qu'une pièce de 2 francs.

L'examen histologique a été pratiqué sur un morceau de la paroi près du niveau du rétrécissement de la partie supérieure du rectum.

La muqueuse a complètement disparu. A sa place, on trouve, en certains points, du tissu en voie de nécrose ne fixant pas les réactifs ; en d'autres points, des follicules tuberculeux à centre caséeux sont presque ouverts dans la lumière de l'intestin ; on voit, dans leur voisinage, des nodules embryonnaires d'inflammation banale.

Sous cette partie superficielle, on arrive en plein tissu de réaction inflammatoire de sclérose sous-muqueuse. Aux confins de ce tissu et de la zone sous-jacente, se trouvent des nids de follicules tuberculeux typiques : cellules géantes au centre, zone de cellules épithélioïdes, avec couronne périphérique de lymphocytes. La couche musculaire a disparu complètement sur certains points où le tissu périrectal modifié fait directement suite au tissu tuberculeux. En d'autres points, on trouve du muscle presque normal, quoique dissocié parfois par des grandes traînées inflammatoires périvasculaires qui semblent propager

la lésion des parois rectales aux tissus périphériques. Ailleurs, enfin, il y a des tubercules en plein muscles.

Au-dessous de la couche musculaire, on arrive sur du tissu adipo-sclé-reux qui présente plus de 1 centim. 5 d'épaisseur, et où l'on voit par places des follicules tuberculeux agminés en véritables tubercules. Sur la partie tout à fait externe de la coupe, on voit dans ce tissu cellulo-adipeux un gros ganglion caséifié circonscrit par une coque scléreuse.

Tous ces tissus sont peu vasculaires. Une artère présente un épaississement considérable de sa tunique moyenne, avec un léger degré de périartérite, mais sans trace d'endartérite.

Obs. XXI. — *Tuberculose du cæcum à forme hypertrophique. Résection iléo-colique. Guérison* (Observation de M. le professeur Tédenat, in thèse de M. J. Itié, Montpellier, 1899).

Jeanne C..., 26 ans. Constitution délicate. Réglée à 16 ans. Célibataire. Pas de grossesse. Pas d'antécédents tuberculeux connus dans sa famille.

Depuis un an, constipation habituelle avec de petites débâcles de temps en temps. Coliques fréquentes occupant surtout la portion droite de l'abdomen. Souvent pus et glaires dans les matières fécales. Jamais de véritable hémorragie intestinale. Dyspepsie. Il y a trois mois, nausées, vomissements, constipation. Des lavements et un purgatif à l'huile de ricin détermine une débâcle abondante.

Le 20 *juillet* 1891. — Malade amaigrie, dyspeptique. Ventre ballonné avec des anses visibles sur la paroi amincie. Douleur à peu près constante dans la fosse iliaque droite depuis trois mois. On sent une tumeur arrondie du volume du poing, n'atteignant pas tout à fait la ligne médiane, venant en bas au contact du tiers externe de l'arcade crurale. Sonorité skodique de cette tumeur.

Rien à noter du côté de l'appareil génital. Respiration rude avec expiration prolongée au sommet droit. Cœur sain. La marche lentement progressive de l'affection, la tumeur arrondie, sonore, font porter le diagnostic de tuberculose du cæcum.

Le 25, M. Tédenat pratiqua l'opération suivante : incision oblique au bas et en dedans sur la partie moyenne de la tumeur. Le péritoine parétial adhère, mais les adhérences sont faciles à détacher et une ligature suffit. On voit alors le cæcum grisâtre avec de fines bosselures à la surface. En dedans quelques adhérences récentes et faciles à séparer unissent l'intestin grêle au cæcum. Il n'y apas de pus et les adhérences peu solides se rompent sans suintement sanguin gênant. Des compresses isolent le cæcum, qui est facilement attiré au dehors.

Ligature circulaire de l'iléon à 6 centimètres de son abouchement avec le cæcum. Ligature analogue avec une lanière de gaze iodoformée sur le côlon, à 8 centimètres de son origine. Section à 3 centimètres en aval de la ligature placée sur l'iléon, à 3 centimètres en amont de la ligature appliquée sur le côlon. Désinfection des portions d'intestin, qui sont bouchées temporairement avec de la gaze iodoformée. Le méso est sectionné parallèlement à la portion d'intestin à enlever. Quatre ligatures sont appliquées sur les vaisseaux du méso et les feuillets réunis en surjet.

Oblitération des deux bouts d'intestin par suture continue après invagination. Anastomose latérale faite très bas sur le côlon, afin qu'il reste un cul-de-sac insignifiant. Pour cette anastomose on utilise le procédé de Abbé et du fil de soie n° 1. Assèchement avec des tampons de gaze iodoformée. Suture à deux plans de la paroi abdominale. Pas de drainage.

L'opération a duré 1 heure 5 minutes et a été bien supportée.

Potion avec 3 centigrammes de morphine. Glaçons pour étancher la soif. Un lavement nutritif dans la soirée. Pouls, 100; T., 37°,8.

Vagues douleurs au lieu de l'opération. État général satisfaisant.

26. — La malade va bien. T., 37°,1 matin, 38°,2 soir. Pouls, 80 m., 105 s. Quelques nausées. Les lavements nutritifs sont gardés et pris trois fois par jour.

27. — La malade a rendu des gaz par l anus à plusieurs reprises la nuit dernière. Elle demande à manger. Elle prend dans la journée un demi-litre de lait et digère bien. Pas de douleurs. Etat général bon. T., 37°,1 matin, 38° soir. Pouls, 90 m.; 110 soir.

28. — Même état.

29. — Même état, selles abondantes. La malade prend du bouillon et du lait et digère très bien. T., 37°,8. P., 80.

1er *Août*. — La malade va bien et s'alimente avec du lait, du bouillon, des œufs. Elle n'a pas eu de selle depuis le 29. Un lavement salé froid procure deux selles accompagnées de coliques pénibles pendant deux heures.

5. — Les points de suture sont enlevés. Réunion parfaite. Léger œdème de la paroi dans la région opératoire, sans douleur à une pression modérée. Selles régulières. L'état général s'améliore rapidement.

10. — La malade quitte l'hôpital. M. Tédenat l'a vue en bonne santé en juin 1894.

Examen de la pièce. — La paroi du cæcum est épaissie jusqu'à atteindre 4 centimètres dans la plus grande partie de son étendue. La valvule iléo-cæcale est comme perdue dans une masse scléro-cicatricielle qui présente plusieurs ulcérations serpigineuses séparées par des végétations polypeuses rouges, avec quelques points gris ou jaunes. Au niveau de la valvule, l'orifice rétréci n'admet pas le petit doigt.

Ulcérations et nodules disséminés sur toute la face externe et les quatre

premiers centimètres du côlon. Sur la coupe, le tissu est dur, gris, avec nodules jaunes et quelques rares et menus foyers remplis de pus caséeux.

L'iléon est sain, sauf sur son dernier centimètre, où la muqueuse est ulcérée et la paroi épaissie de 1 centimètre.

L'appendice a subi des altérations analogues à celles du cæcum. Il a le volume de l'index : sa cavité est remplie de matière caséeuse.

L'examen microscopique a montré : épithélium absent sur les coupes portant au voisinage de la valvule, où la muqueuse n'est plus représentée que par des glandes. Sur le côlon, l'épithélium est pavimenteux. Infiltrations massives de jeunes cellules, développées sur tout le long des vaisseaux. Nodules formés de cellules épithélioïdes, d'amas cellulaires arrondis prenant mal le carmin. A la partie externe, quelques coupes montrent que le tissu musculaire est peu altéré. Les lésions semblent avoir débuté par la muqueuse.

Obs. XXII. — *Un cas de tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique* (Caussade et Charrier, *Arch. génér. de méd.* de 1899, p. 410).

Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans environ, au faciès terreux, très amaigri au point de ressembler à un véritable squelette, malade depuis plus de trois ans et qui entre dans le service de M. le professeur Dieulafoy le 8 décembre 1896.

Le poids du malade, il y a trois ans, était de 130 livres et il n'est plus aujourd'hui, jour de son entrée dans le service de M. Dieulafoy, que de 80 livres.

Il y a trois ans le malade a été pris d'une diarrhée fréquente, abondante, fétide, parfois sanguinolente ou muco-purulente. Il a eu en même temps des vomissements continus, alimentaires ou bilieux.

Il y a deux ans et demi, il venait consulter pour la première fois à l'Hôtel-Dieu ; à cette époque il fut examiné et ausculté avec soins, ses poumons furent déclarés indemnes. Seuls les troubles gastro intestinaux retinrent l'attention.

En *juillet* 1895, la diarrhée qui avait été calmée pendant quelque temps par le régime lacté absolu, reparaissait en alternant avec la constipation. Un nouvel examen de la poitrine ne révéla pas encore de tuberculose pulmonaire. Les troubles gastro-intestinaux prédominaient toujours,

En août 1896, l'admission à l'hôpital était déclarée nécessaire et le malade entrait à l'Hôtel-Dieu annexe où son séjour fut de trois mois.

Là une tumeur cæcale fut reconnue.

Le 8 *décembre* le malade entrait dans le service de M. Dieulafoy où l'examen du ventre montra, dans la fosse iliaque droite, une tumeur assez saillante et d'autant plus appréciable que l'abdomen était excavé et la paroi très mince.

Sur les téguments de la région iliaque droite il n'y avait aucune coloration anormale, ni lacis veineux, ni rougeur, ni œdème. La flaccidité des tissus et l'absence à peu près complète de douleur soit spontanée, soit provoquée, permettaient d'explorer cette région et de préciser les caractères et les limites de la tumeur.

La consistance de cette dernière était ligneuse, non osseuse, avec toutefois quelques points rénitents et semi fluctuants; sa surface était irrégulière, légèrement mamelonnée, sa forme ovoïde, son volume dépassait celui des deux poings d'un adulte.

Mobile en avant et sous les plans abdominaux. elle était intimement adhérente au bassin. Si on pouvait circonscrire et embrasser avec la main la masse dure représentée par la tumeur, saisir ses extrémités antérieure, supérieure et inférieure, il était par contre complètement impossible d'insinuer les doigts sous la face postérieure de cette tumeur et de la faire glisser sur les plans profonds.

En déterminant ses limites, on arrivait à lui assigner pour siège le cæcum. En effet, elle commençait à 4 centimètres de la ligne médiane et s'étendait dans le sens latéral jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure; elle était distante de 8 centimètres environ du rebord des fausses côtes et elle était séparée de l'arcade de Fallope par un sillon étroit et nettement marqué.

En déprimant la paroi abdominale à ce niveau, les doigts pénétraient profondément et percevaient un empâtement diffus qui semblait circonscrit au cæcum. Les anses intestinales étaient légèrement repoussées en haut, au delà du cœcum. La percussion de la masse indurée provoquait un son légèrement sourd, tandis que au-dessus la sonorité était normale.

En dehors de la région indurée, l'abdomen était souple, indolore, ni distendu, ni rétracté et jamais, même pendant la durée des trois mois de séjour que fit le malade à l'hôpital, on ne constata aucun signe d'obstruction.

Bientôt apparurent des lésions pulmonaires aux deux sommets et des bacilles tuberculeux furent constatés dans les crachats.

Après trois ans de maladie, le malade mourait le 24 janvier 1887.

A l'autopsie on trouve des lésions de périty phlite scléro-adipeuse formant une gaine très épaisse au cæcum.

Cette gaine est adhérente légèrement à la paroi abdominale et par quelques fins tractus aux anses intestinales voisines, mais elle est intimement soudée par sa face externe à l'aponévrose iliaque et à la gaine du psoas; par sa face interne, cette gaine fait partie intégrante des parois du cæcum. On peut cependant débarrasser ce dernier de son enveloppe. Sur une section ses parois mesurent 3 centimètres d'épaisseur; elles sont dures, résistantes, crient sous le scalpel comme un rein ou un foie entièrement sléreux.

Le cæcum est volumineux, son volume dépasse celui d'une grosse orange, sa couleur est blanchâtre, sa forme est sphérique et il est interposé comme une vaste ampoule entre l'intestin grêle situé à sa partie inféro-latérale gauche et la terminaison du gros intestin à sa partie supérieure. Et comme ces deux parties de l'intestin ont conservé leur calibre normal, la saillie formée par le globe cæcal est rendue plus apparente; elle les surplombe d'une manière manifeste. Et comme, d'autre part, la couleur, la consistance de l'intestin grêle et du gros intestin sont restées normales, la limite entre les parties saines et malades s'aperçoit facilement et au premier abord. Le cæcum est hyperplasié et dilaté. Cette dilatation semble s'être effectuée aux dépens de son bas-fond; dans ce mouvement d'extension, les deux extrémités des intestins qui s'y abouchent se sont rapprochées et ne sont plus séparées que par un pont étroit de tissu morbide.

Cette disposition, importante à signaler au point de vue opératoire, mettait en quelque sorte la lésion entièrement sous la main de l'opérateur. Cette lésion est donc bien limitée. Et, ni en oval, ni en amont de l'angle iléo-cæcal, il n'y a ni dilatation ni rétrécissement sur tout le tractus intestinal.

La cavité du cæcum entièrement altérée est séparée du gros intestin par un rétrécissement peu serré au delà et immédiatement au-dessus duquel la muqueuse est normale; du côté de l'iléon la cavité cæcale est bordée par une large ulcération à fond caséeux que domine la muqueuse entièrement saine de l'intestin grêle. Cette ulcération occupe la valvule de Bauhin dont il ne reste aucun vestige.

La surface interne du cæcum est tomenteuse, hérissée par une série de plis transversaux, la plupart disposés comme des valvules peu saillantes et accolées les unes aux autres. Ces saillies circulaires vont en s'espaçant à mesure qu'elles se rapprochent du bas-fond du cæcum. Par places ces plis ou replis sont plus épais, presque cylindriques, deviennent de véritables colonnes ou piliers contournés, quelques-uns disposés en S.

Par places ils s'écartent et délimitent deux ulcérations. Ailleurs, ils sont déchiquetés; ce sont des brides assez volumineuses, résistantes, disposées en spirales, traversant toute la cavité dans son étendue transversale et s'étalant à leurs extrémités en larges branches en Y.

Au delà du cæcum, ni dans l'intestin grêle, ni dans le gros intestin il n'y avait trace de tuberculose.

D'autre part, seuls quelques ganglions inguinaux et mésentériques étaient pris, et, encore, ils étaient seulement indurés.

Autre particularité anatomique qui doit être signalée dans ce cas, c'est l'absence de sténose.

L'appendice iléo-cæcal, quoique épaissi et baignant dans l'atmosphère

scléro-adipeuse péri-cæcale avait conservé son calibre normal; il n'était nullement recourbé, ni coudé, ni même flexueux et le canal appendiculaire était libre.

Au point de vue microscopique cette pièce présentait quelques détails particulièrement intéressants, indépendamment des lésions communes à la tuberculose hypertrophique du cæcum. Dans la muqueuse, les glandes de Lieberkühn ont entièrement disparu, les espaces interglandulaires sont renforcés, sont devenus fibreux et, entre eux, existent des coulées lymphoïdes abondantes et mélangées à quelques rares cellules épithéliales restantes. La tendance vers la sclérose est encore plus prononcée qu'elle ne l'est généralement.

Les cellules lymphatiques, au lieu d'être disséminées étaient réunies et agglomérées soit à la surface même de la muqueuse, soit dans son épaisseur même sous forme d'amas lymphoïdes. Dans ces amas de forme sphérique ou ovalaire repoussant excentriquement les travées fibreuses interglandulaires, il n'y a pas de zone épithélioïde et jamais à leur centre il n'existe de cellules géantes.

Au-dessous de la muqueuse et a mesure qu'on examine les plans profonds, la sclérose prédomine. Sauf la sous-muqueuse visible seulement par intervalles sous forme d'un large ruban, il n'y a plus trace des tissus normaux pour se repérer. La sclérose les a envahis et s'est substituée à eux. Cette sclérose se dessine par bandes spiralées ou contournées circonscrivant tantôt de larges disques au centre desquels se trouvent des amas lymphoïdes sans cellules géantes, tantôt des nodules adipeux qui deviennent d'autant plus abondants qu'ils sont plus profonds, c'est-à-dire plus rapprochés de la séreuse. Il n'y a plus de cellules lisses; cette disparition des fibres musculaires explique peut-être la dilatation du cæcum. Plus profondément près de la séreuse, la sous-séreuse est formée de travées fibreuses très abondantes déterminant à ce niveau une hypertrophie notable. Les amas lymphoïdes deviennent plus rares et plus petits; mais dans leur voisinage existent quelques traînées lymphatiques, développées malgré la sclérose envahissante et proliférante.

Malgré le développement de cette sclérose, des vaisseaux sont très apparents et même dilatés.

L'hyperplasie conjonctive énorme qui existe ici explique la longue évolution du processus, qui sans la complication pulmonaire, aurait peut-être, chez ce malade, abouti à la guérison.

Ce cas se caractérise donc : 1° par le développement excessif de la sclérose et 2° par le trait négatif suivant : l'absence de véritable follicule tuberculeux. Les amas lymphoïdes n'avaient pas de cellules géantes et, autre trait négatif, les amas étaient plus nombreux dans les couches sous-muqueuses que profondes. Sur nos préparations, à un fort grossissement, les amas lymphoïdes de la muqueuse ont de la tendance à s'éliminer au

dehors, mais nullement à se confondre et à se fusionner les uns avec les autres, tant ils sont bridés par les travées scléreuses périphériques.

Les bacilles tuberculeux sont visibles en grand nombre et peuvent être suivis par étapes depuis la muqueuse jusqu'au tissu scléreux qui représente la sous-séreuse.

Dans la muqueuse, les bacilles sont disséminés entre les travées scléreuses. Ils pullulent dans les réservoirs représentés par les amas lymphoïdes de la muqueuse. On n'en voit plus à l'union de la muqueuse et de la sous-muqueuse, mais ils repullulent dans les amas lymphoïdes situés au-dessous ; ils sont relativement moins abondants dans les quelques amas lymphoïdes de la sous-séreuse. Partout ailleurs les bacilles tuberculeux font totalement défaut. Il est certain ici que l'intestin s'est infecté de la superficie vers la profondeur.

Autre fait important : il y a association microbienne. Des coli-bacilles et des cocci ont suivi les voies de pénétration tracées par les bacilles de Koch, avec cette différence toutefois qu'ils ne sont pas aussi nombreux dans les amas lymphoïdes et qu'ils sont relativement plus abondants dans les travées scléreuses de la muqueuse, de la sous-muqueuse et surtout du tissu scléro-adipeux développé aux lieu et place des tuniques musculaires et sous-séreuse. Coli-bacilles et cocci sont tous véhiculés par des cellules énormes qui en sont tellement farcies qu'il est impossible d'en déterminer la nature. Les bacilles tuberculeux, au contraire, sont libres, rarement ils sont englobés dans des phagocytes. Dans l'association des bacilles tuberculeux avec les autres microbes, il y a un certain balancement ; là où les bacilles tuberculeux pullulent abondamment, les cocci diminuent de nombre ; là où ces derniers sont très agglomérés, les bacilles tuberculeux sont rares.

Obs. XXIII. — *Tuberculose hypertrophique du cæcum* (Observation publiée par M. le professeur Dieulafoy, dans *la Semaine médicale* du 8 octobre 1902).

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui entrait à l'Hôtel-Dieu, le 14 octobre 1901, salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Dieulafoy, pour de vives douleurs abdominales et une diarrhée chronique.

Le début de la maladie remontait à 18 mois. A cette époque avaient apparu des douleurs principalement localisées à la fosse iliaque droite.

Malgré cette localisation, les douleurs ne rappelaient en rien la crise douloureuse de l'appendicite ; elles avaient mis des mois à s'installer, elles revenaient plusieurs fois par jour ; tantôt elles cédaient pendant quelque temps, tantôt, disait la malade, elles rappelaient par leur intensité « les douleurs de l'accouchement ». On ne constatait dans l'apparition

de ces douleurs aucune périodicité qui fût en rapport avec les heures qui suivaient le moment des repas et qui pût guider sur la localisation d'une lésion intestinale. Un autre symptôme était survenu dès le début de la maladie, c'est la diarrhée.

On peut dire que depuis un an et demi la diarrhée n'a jamais cessé.

Il y a souvent six ou huit selles par jour. Cette diarrhée n'est pas toujours précédée de coliques, elle n'a aucun caractère particulier, elle n'est pas sanguinolente, elle n'est mélangée ni à des mucosités, ni à des membranes. Depuis deux mois surtout la malade dépérit, elle souffre cruellement et la diarrhée est incessante.

La fièvre est nulle.

Il n'y a rien à l'utérus ni aux annexes.

L'exploration du ventre fait percevoir à la fosse iliaque droite, une tumeur du volume et de la forme d'une poire. Cette tumeur, douloureuse à la pression, est assez mobile, indurée mais non bosselée ; sa partie inférieure, évasée, se rapproche de l'arcade crurale ; sa partie supérieure, étroite, remonte dans la direction du colon ascendant ; en dedans elle n'atteint pas la ligne médiane.

M. Dieulafoy fait le diagnostic de tuberculose chronique du cæcum et le vérifie par le sérodiagnostic. D'ailleurs, bien que la malade ne présente pas de signes de tuberculose pulmonaire, elle ne paraît pas avoir été absolument indemne d'infection tuberculeuse, car elle raconte avoir eu, il y a trois ans, des tumeurs ganglionnaires au côté gauche du cout Et, d'autre part, son mari a été enlevé par la tuberculose pulmonaire e. ses quatre enfants, à l'âge de onze ans, de cinq ans, de quatre et de trois ans, ont succombé, au dire du médecin, à la même maladie.

Après avoir formulé le diagnostic, M. Dieulafoy pensa qu'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement et pria M. Legueu de pratiquer l'opération nécessaire.

L'opération fut faite le 26 octobre. En voici les détails :

Sur le bord externe du muscle droit, on pratique une incision de 15 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, la lésion, c'est-à-dire la partie indurée et épaissie de l'intestin, est extériorisée. A l'exploration de l'intestin, on voit que la principale lésion siège au cæcum, qui forme une volumineuse tumeur ; mais le cæcum n'est pas seul en cause, et M. Legueu constate que l'induration et l'épaississement des parois intestinales se poursuivent sur le côlon ascendant et sur l'angle du côlon transverse, tandis que l'iléon est sain. Après avoir protégé par des compresses la cavité péritonéale et préparé le champ opératoire, la coprostase est réalisée du côté de l'intestin grêle et du côté du côlon.

L'intestin grêle est sectionné en avant du cæcum, puis de bas en haut, tout l'intestin reconnu malade, épaissi et induré (cæcum, côlon ascen-

dant et angle du côlon) est séparé de son méso ; chemin faisant, des pinces sont placées sur tous les vaisseaux qui saignent.

L'intestin malade est enfin séparé du côlon transverse, et les deux orifices de section, provenant de l'intestin grêle (bout supérieur) et du côlon transverse (bout inférieur) paraissent absolument sains ; ils sont rapprochés et suturés.

Une fois la continuité de l'intestin rétablie, on enlève quelques gros ganglions du mésentère et on fait disparaître les inconvénients de la grande surface cruentée que représente la section du méso-côlon ascendant. On pratique un surjet de catgut sur son bord libre, de manière à adosser à eux-mêmes les deux feuillets qui composent ce méso. Puis on termine par la suture de la paroi abdominale avec maintien d'un seul drain. L'opération a duré cinquante minutes.

Au troisième jour, la malade va à la selle ; on commence à l'alimenter avec du lait et des bouillons ; le drain est retiré.

Au huitième jour, bien que l'apyrexie fût absolue, une petite fistule stercorale apparaît ; mais cette fistule, de bien minime importance, se ferme en quinze jours. A dater de ce moment, les progrès sont rapides et les digestions sont normales.

Cinq semaines après l'opération la femme est complétement guérie et engraissée. L'appétit est excellent, les digestions normales, les douleurs abdominales et la diarrhée ont complètement disparu.

Huit mois plus tard, cette femme est revenue à l'Hôtel-Dieu ; sa mine était florissante et elle avait engraissé d'une dizaine de kilogrammes.

Depuis l'opération, elle n'avait jamais ressenti le moindre malaise, preuve que la lésion avait été enlevée dans son entier ; il lui manquait le cæcum, la valvule iléo-cæcale, le côlon ascendant, une partie du côlon transverse et cependant les digestions étaient aussi régulières qu'avec un intestin normal.

Examen de la pièce anatomique. — La partie enlevée comprend la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant, l'angle du côlon et un fragment du côlon transverse, en tout 27 centimètres d'intestin.

L'iléon est tout à fait normal.

Le cæcum forme une grosse tumeur dont le volume est accru par une gaine scléro-lipomateuse *f*, qui lui adhère, et dont la surface bossuée donne au premier abord l'impression d'un sarcome. En différents points sont des ganglions caséeux. Par places, dans l'intervalle des parties moins épaisses de la gaine lipomateuse, on aperçoit la surface externe du cæcum, grisâtre et semée de fins vaisseaux.

Débarrassée de son manchon scléro-lipomateux, la tumeur cæcale a 7 centimètres de diamètre.

Après ouverture de la pièce anatomique, on constate les détails suivants : les parois de l'iléon sont normales; les parois du cæcum sont

dures à la coupe et comme fibroïdes; elles ont 2 centimètres et demi d'épaisseur en bas, et 11 millimètres un peu plus haut; les parois du côlon ascendant ont 6 millimètres d'épaisseur, et les parois de l'angle du côlon, ont 3 millimètres et demi.

Partie du fond du cæcum, où elle atteint son maximum, la lésion diminue à mesure qu'elle s'étend au côlon. La cavité du cæcum est rétrécie par l'épaisseur des parois : c'est une hypertrophie concentrique.

La surface interne du cæcum est saillante, irrégulièrement vallonnée et non ulcérée.

La valvule iléo-cæcale, est indurée, rigide, béante et rétrécie. On constate deux ulcérations superficielles, l'une sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon transverse. L'appendice est légèrement induré, hypertrophié, mais non déformé.

L'examen histologique du cæcum fait par M. Nattan-Larrier présente les détails suivants : toutes les couches formant la paroi du cæcum sont épaissies, mais l'hypertrophie porte principalement sur la couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, et sur la couche sous-muqueuse où les lésions tuberculeuses sont au maximum.

Voici l'épaisseur de ces différentes couches : couche cellulo-fibreuse sous-péritonéale, 11 millimètres; couche musculaire, 2 millimètres et demi; couche sous-muqueuse, 6 millimètres; couche muqueuse, 1 millimètre et demi.

L'épithélium de la surface est partout conservé et il n'y a pas trace d'ulcération même superficielle.

Les glandes de la muqueuse sont très hypertrophiées et plongées dans un tissu conjonctif abondant sans infiltration embryonnaire.

Dans la couche sous-muqueuse, fibreuse et vascularisée, existe une notable infiltration leucocytaire, et une quantité considérable de petits tubercules isolés ou agglomérés. La couche musculaire est dissociée par un œdème abondant, et, sur quelques points, on note une infiltration embryonnaire. La couche sous-séreuse est très riche en tissu cellulo-adipeux; on y trouve des placards de tissu fibreux très dense, et quelques petits tubercules disséminés dans la région la plus externe de cette couche fibro-adipeuse. Des frottis sur lamelles ont décelé la présence de bacilles de Koch.

L'examen histologique de l'appendice a démontré la présence d'une hypertrophie non tuberculeuse des parois, avec oblitération du canal dans toute sa hauteur, lésion qu'il ne faut pas qualifier d'appendicite.

Obs. XXIV. — *Un cas de tuberculose iléo-cæcale. Forme fibro-adipeuse* (Observation due à l'obligeance du docteur A. Mouchet, chef de clinique chirurgicale de la Faculté).

Le nommé Chapoulie, âgé de 48 ans, cordonnier, demeurant 25, rue du Château, entre à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, dans le service de M. le professeur Le Dentu, le 13 mars 1901, pour des douleurs abdominales qui durent depuis près d'un an.

Interrogé sur ses antécédents familiaux, il raconte que sa mère est morte à l'âge de 55 ans d'une affection de poitrine, mais ne signale rien d'intéressant en dehors de ce fait.

Dans ses antécédents personnels on relève des accidents de syphilis contractés vers l'âge de 18 ans.

Il a 3 enfants âgés de 20 à 25 ans et qui sont bien portants. C'est au mois d'août 1900 qu'il a commencé à souffrir de douleurs abdominales après les repas.

Les douleurs d'abord erratiques se localisèrent peu à peu dans les fosses iliaques et la région hypogastrique.

Puis survinrent des périodes de diarrhée, durant de 3 à 5 jours, mais non suivies de périodes de constipation.

Dès le mois d'octobre, les douleurs devenaient plus vives et plus tenaces et le malade était forcé de renoncer à tout travail.

Les crises douloureuses se terminaient par un gargouillement intense suivant le trajet des côlons.

La diarrhée était devenue presque constante et le malade ne s'alimentait plus, redoutant l'exacerbation douloureuse qui succédait invariablement à l'ingestion d'aliments.

Puis les selles devinrent moins fréquentes, quelquefois noirâtres avec un ventre ballonné, distendu par des gaz abondamment rendus par les voies inférieures.

En même temps le malade maigrissait beaucoup.

Un traitement médical fut institué à l'hôpital Necker, dans un service de médecine où le malade était entré.

Ce traitement donna une certaine amélioration pendant quelques semaines, mais bientôt les accidents reparurent avec des douleurs particulièrement marquées dans la fosse iliaque droite.

A ce moment, février 1901, le malade, constate l'apparition d'une grosseur dans la région cæcale.

Le 13 mars 1901 le malade, ne pouvant plus s'alimenter et souffrant beaucoup, entre dans le service de M. le professeur Le Dentu, réclamant une intervention chirurgicale.

A son arrivée on constate, par la palpation, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, inégale, à extrémité inférieure convexe en bas, dis-

tante de l'arcade de Fallope de 2 travers de doigt et assez bien délimitée.

Il n'en est pas de même de son extrémité supérieure qui est à contour diffus et dépasse une ligne menée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur est un peu mobile d'un côté à l'autre et aussi de haut en bas.

Elle est douloureuse à la palpation, sonore à la percussion.

Pas de liquide ascitique dans la cavité péritonéale. Il y a des lésions tuberculeuses avancées au sommet du poumon gauche et d'autres moins accusées au sommet droit.

Le foie est normal.

L'appareil génital est indemne de lésions bacillaires,

Le malade est très maigre et présente une teinte jaune paille.

Le 16 *mars* le malade est mis au régime glycéro-phosphaté et au lait et on lui fait des pointes de feu au niveau du sommet gauche.

Le 19, le malade est en proie à de vives douleurs abdominales. Il a de la constipation opiniâtre.

Il ne prend aucun aliment et se tient couché en chien de fusil.

Sa langue est sèche et fendillée, mais il n'a pas de fièvre.

Ses urines sont rares, mais sans albumine.

Le 27, M. Mouchet se décida à intervenir.

Incision latérale sur le bord externe du grand droit. Le milieu de l'incision correspond au milieu d'une ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Il n'y a pas d'adhérences péritonéales au niveau de l'incision, et il n'y a pas d'ascite.

Le foie descend bas, à 3 doigts sous le rebord costal droit.

On arrive bientôt sur l'iléon qui est un peu distendu et sur le cæcum qui est adhérent à la fosse iliaque droite. La décortication du fond et de la paroi postérieure du cæcum est assez pénible et on sent que la tumeur, qui infiltre tout le cæcum, est surtout développée au niveau de son fond et de sa paroi postérieure.

L'iléon est peu intéressé, on y trouve seulement quelques noyaux indurés gros comme un pois, mais de même aspect que ceux du cæcum.

Peu à peu la tumeur cæcale est amenée au dehors et l'iléon est sectionné à 6 centimètres du cæcum, entre deux pinces-clamps, au thermo-cautère.

Le mésentère est fendu obliquement et quelques ganglions mésentériques sont enlevés, dont le plus gros, égal au volume d'un œuf d'oiseau, siège sur la face latérale gauche du côlon ascendant.

Le côlon ascendant est sectionné à 10 centimètres au moins du fond du cæcum, au thermo-cautère.

Le mésocôlon ascendant est fendu de façon à rejoindre la limite de section du mésentère.

La masse de la tumeur est ainsi enlevée, en même temps que l'appendice qui est en situation rétro-cæcale et se présente très épaissi et enfoui dans des adhérences.

Vu la difficulté d'abaisser le côlon ascendant,et la facilité d'aboucher l'iléon et le côlon dont le calibre est ici identique, on se résout à faire l'anastomose termino-terminale, ou suture bout à bout, de l'iléon et du côlon.

Surjet à la soie fine, avec aiguille courbe à chas ouvert, en un plan unissant total et un deuxième plan d'adossement séro-musculaire.

Ligature des vaisseaux des mésos et suture au catgut. Une mèche de gaz est appliquée sur le plan de suture de la face antérieure.

Le péritoine pariétal est suturé par un surjet au catgut, des fils d'argent sont employés pour le reste de la paroi. La mèche est au milieu de la suture. Durée de l'opération, 1 h. 1/4.

Dans les heures qui suivent le malade reçoit 10 centigrammes d'opium.

Le soir du même jour il a quelques vomissements verdâtres, mais son pouls est bon, à 100 pulsations et sa température normale.

Le lendemain, 28 mars, température normale, pouls à 100, le malade est seulement un peu fatigué.

Le 29 mars le facies est bon, le pouls à 100, l'état général s'améliore.

Le 1er avril l'état du malade est satisfaisant, mais il s'écoule par la plaie un liquide d'odeur fécaloïde et quelques matières stercorales.

Le 5 avril le malade va mieux et il s'écoule moins de matières par la plaie.

Le 10, le malade veut quitter l'hôpital. Il meurt 6 jours après.

Examen macroscopique de la tumeur. — Le segment d'intestin enlevé mesure au moins 16 centimètres de longueur, dont 6 pour l'iléon et 10 pour le cæcum.

Du côté de l'iléon on trouve des noyaux gros comme des pois, au nombre de 6 à 7, et un semis de granulations sur la face postérieure.

Le cæcum est infiltré dans toute son épaisseur, mais surtout au niveau de sa paroi postérieure et de son fond.

En ces points il a une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Les ganglions enlevés donnent, comme la tumeur elle-même, l'idée de cancer. Ils sont très atteints et quelques-uns sont gros comme des œufs.

La muqueuse cœcale n'est pas ulcérée, mais elle est très congestionnée et recouverte d'une nappe de bourgeons charnus gros pour la plupart comme des grains de mil, mais dont quelques-uns atteignent le volume d'un pois.

La valvule de Bauhin a perdu son aspect normal et elle est convertie en un orifice étroit admettant à peine le petit doigt.

L'examen histologique de la pièce a été pratiqué par M. Petit, chef du laboratoire de M. le professeur Le Dentu.

Il a porté sur divers fragments prélevés en deux régions :

1° Fragments prélevés au niveau des proliférations de la muqueuse intestinale;

2° Sur des ganglions lymphatiques adhérents à la portion d'intestin enlevée.

Sur les premiers, on voit que la muqueuse et la sous-muqueuse sont le siège d'amas de leucocytes mononucléaires volumineux, mais les glandes de l'intestin sont normales.

Sur les seconds on trouve de nombreux tubercules, garnis de cellules géantes.

Obs. XXV. — *Un cas de tuberculose iléo-cæcale* (*Forme fibro-adipeuse* (Observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gosset).

Le nommé Levt..., Léopold, âgé de 30 ans, entre le 27 novembre 1901 dans le service de M. le professeur Terrier pour de vives douleurs qu'il éprouve depuis plusieurs semaines dans la fosse iliaque droite.

Ces douleurs ont augmenté depuis la veille et il y a eu des vomissements plusieurs fois répétés.

A l'examen du ventre on constate au niveau du flanc droit, la cicatrice d'une incision faite un peu au devant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et qui serait due à une opération pour appendicite faite au mois d'août de la même année, mais le malade ignore si au cours de cette opération l'appendice a été ou non enlevé. A la palpation, on constate au niveau du flanc droit une défense assez marquée de la paroi, mais malgré laquelle on peut sentir un empâtement assez marqué dans la profondeur, avec douleur à la pression.

Avec ces signes il y a de la fièvre. La température qui est à 38° le matin à l'arrivée du malade, s'élève à 38°,8 le soir.

Ces symptômes font penser que l'appendice iléo-cæcal n'a pas dû être enlevé au moment de la première intervention et que le malade est sous le coup d'une rechute.

Son état général est assez satisfaisant, mais le malade présente de chaque côté, au niveau de la région sus-hyoïdienne latérale, de volumineuses masses ganglionnaires vraisemblablement tuberculeuses.

Le malade est laissé au repos, à la diète lactée pendant quelques jours, avec application de glace sur le ventre.

Au bout de cinq jours, la douleur au lieu de s'amender a augmenté et la température atteint maintenant 39°,2 le soir.

L'opération est décidée avec le diagnostic d'appendicite suppurée en-

kystée; elle est pratiquée le 2 décembre 1901 par M. Gosset, aidé de M. Desjardins. Chloroformisateur, M. Bourreau.

Laparotomie latérale, au niveau de l'ancienne cicatrice. Excision du tissu cicatriciel. Ouverture du péritoine. Exploration de la région cæcale où il existe quelques adhérences épiploïques. Au niveau de l'angle iléo-cæcal, on sent dans l'intérieur du cæcum un noyau très dur du volume d'une noix.

Sur le péritoine cæcal, on voit quelques granulations tuberculeuses caractéristiques.

En arrière du cæcum on sent trois ganglions volumineux, mais ces lésions sont localisées autour du segment iléo-cæcal; il n'y a rien sur le reste du péritoine.

Aussi, on se met en demeure de pratiquer la résection du segment iléo-cæcal :

Section de l'iléon entre deux clamps à 10 centimètres de sa terminaison. Deux surjets ferment l'iléon, l'un total hémostatique, l'autre séro-séreux enfouissant.

Section du cæcum entre deux clamps, à 8 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale et fermeture du cæcum par un double surjet.

Section triangulaire du mésentère.

Anastomose latéro-latérale entre l'iléon et le côlon ascendant.

Drainage et fermeture de la paroi.

Durée de l'opération, 1 h. 25. Chloroforme employé, 78 centimètres cubes.

Suites opératoires très simples.

Le malade quitte l'hôpital le 3 janvier 1902, dans un état très satisfaisant.

La pièce anatomique recueillie montre nettement qu'il s'agit de tuberculose de forme fibro-adipeuse.

Obs. XXVI. — *Un cas de tuberculose iléo-cæcale (formefibro-adipeuse)* (Observ. due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Ricard).

Le nommé Hug... Jules, âgé de 42 ans menuisier, entre le 28 janvier 1904 dans le service de M. Ricard pour des douleurs qu'il éprouve depuis longtemps déjà dans la fosse iliaque droite.

Il y a environ 6 à 7 ans qu'il a été pris pour la première fois de vives douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui durèrent pendant plusieurs heures et l'obligèrent àse coucher. Depuis cette époque elles s'étaient reproduites à plusieurs reprises, mais sans durer bien longtemps et sans entraîner jamais de vomissements, quand, il y a un an, c'est-à-dire au commencement de 1903, elles devinrent assez persistantes pour forcer le malade à s'aliter. Cette fois, elles s'accompagnèrent de vomissements répétés. L'examen du ventre révéla, au médecin appelé, une douleur maxima au point de Mac-Burney. Les selles émises à ce moment présentaient des fausses membranes.

Le malade reçut les soins que comportait son état, mais, après 4 mois de séjour au lit, la douleur persistait encore, un peu dans la fosse iliaque

Au mois d'août de la même année 1903, il eut une nouvelle crise douloureuse avec vomissements et qui dura 15 jours.

Enfin, depuis deux mois ses forces ont beaucoup diminué ; il a beaucoup maigri, de 20 livres environ, et il est atteint de diarrhée persistante.

A son arrivée à l'hôpital, l'examen du ventre permet de constater une zone douloureuse à la pression, dans la région iléo-cœcale, en même temps qu'on perçoit sous les doigts, un boudin allongé verticalement depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque droite.

Ce boudin est assez bien délimité et relativement mobile.

L'examen des poumons permet de constater des lésions de tuberculose au sommet du poumon gauche, en arrière.

M. Ricard se décide à intervenir le 5 février pour l'extirpation de la tumeur iléo-cæcale.

Une incision latérale oblique est faite au niveau du flanc droit.

Le péritoine ouvert, on trouve des granulations éparses sur l'intestin et l'épiploon et une tumeur cœcale assez mobile quoique fixée par derrière.

L'iléon est sectionné à 5 ou 6 centimètres de la valvule iléo-cæcale et la tumeur est décollée de gauche à droite et de haut en bas. Ce temps est un peu pénible, mais la tumeur ne tarde pas à se laisser soulever. Le côlon ascendant est décollé sur une assez grande étendue et sectionné à 3 centimètres environ au-dessus du point où cesse l'induration.

Le côlon est fermé par un double surjet au catgut et on fait un abouchement termino-latéral de l'iléon dans le côlon.

La bouche colique est faite plus grande que la lumière iléale de façon qu'il n'y ait pas de tendance à la rétraction.

Suites opératoires très bonnes.

Description de la pièce — La longueur du cæcum et du côlon enlevé est d'environ 9 à 10 centimètres.

La tumeur présente une dureté uniforme dans toute son étendue. De sa partie inférieure se détache un petit renflement en massue, c'est le bout de l'appendice. La plus grande partie de l'appendice est incorporé à la masse cæcale, ainsi que le montre la coupe.

La portion d'iléon enlevée paraît saine.

En revanche, on constate à la coupe que la cavité cæcale a presque entièrement disparu par épaississement des parois.

Dans la partie inférieure de la lumière cæcale très rétrécie s'ouvre l'appendice.

La valvule iléo-cæcale est infiltrée et épaissie, mais son calibre est resté suffisant.

La coupe des parois cæcales est épaisse de 1 mm. 5 à 2 centimètres suivant les points. Elle est dure et lardacée.

Obs. XXVII. — *Rétrécissements multiples, en diaphragme, de nature tuberculeuse, de l'intestin grêle. — Perforation ; péritonite purulente. — Lupus exedens du nez. — Phtisie fibreuse du poumon. — Salpingite tuberculeuse. — Polype du larynx* (J. Darier, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis. *Bulletin de la Société Anatomique*, 14 février 1890, p. 87).

La nommée Bru..., Anaïs, 26 ans, journalière, entre le 5 septembre 1889 dans le service de M. le professeur Fournier, pour un lupus ulcéré de l'aile droite du nez. Le lupus a déjà rongé le bord de la narine qui est détruite sur une hauteur de 2 à 3 millimètres. On n'a recueilli que peu de renseignements sur les antécédents de cette malade. Elle n'est pas amaigrie, ne tousse pas ; elle a eu trois enfants, dont deux sont morts ; celui qui survit est âgé de 7 ans. Elle souffre habituellement, et depuis une époque impossible à déterminer, d'une constipation opiniâtre ; elle ne va à la selle qu'à l'aide de lavements et en prenait jusqu'à six par jour.

Le lupus fut traité par les cautérisations galvano-caustiques qui l'arrêtèrent rapidement dans sa marche envahissante ; dans le tissu fibreux de la cicatrice se produisirent des ulcérations. Au mois de novembre on abandonna les cautérisations pour les scarifications, auxquelles on joignit un traitement interne par le sirop iodo-tannique. La lésion locale était en très bonne voie.

Mais la malade se plaignait continuellement de coliques avec point épigastrique et d'une violente douleur dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie. On ne trouvait rien à la palpation. Les douleurs revenaient par crises et s'accompagnaient ordinairement d'une constipation complète ; les cataplasmes, les lavements et de légers purgatifs soulageaient un peu la malade et amenaient de véritables débâcles. Il y a eu pendant le séjour de la malade dans le service, au moins une douzaine de crises semblables ; elles duraient deux à trois jours, puis l'amélioration survenait avec la débâcle : cependant il restait une douleur sourde et profonde continuelle. Bien qu'il n'y ait jamais eu de sang dans les selles, M. Feulard pensa qu'il s'agissait d'entérite tuberculeuse ou plutôt d'entéro-péritonite localisée avec formation de brides comprimant l'intestin par places.

L'auscultation donnait seulement de la respiration rude aux sommets.

Dans la seconde quinzaine de décembre il y avait déjà quinze jours qu'on n'avait plus touché au nez à cause des douleurs abdominales devenues plus aiguës, quand survint un érysipèle de la face, parti de l'ulcération qui évolua classiquement en dix jours, sans s'étendre au tronc, sans complications et presque sans fièvre.

Peu de temps après, le 5 janvier, après une visite de son mari avec lequel elle avait eu une explication violente qui l'avait vivement émue, la malade vit reparaître ses douleurs abdominales avec une grande intensité. L'interne de garde prévenu prescrivit des cataplasmes et une piqûre de morphine. Le lendemain, ventre tendu, dur, ballonné ; vomissements noirs et verdâtres, pouls petit, facies grippé, teint jaunâtre' douleurs abdominales très vives. On diagnostiqua : extension de la péritonite tuberculeuse, poussée aiguë. Le toucher vaginal ne donnait rien.

Ces symptômes persistèrent jusqu'à la fin, le ballonnement abdominal ne fut pourtant jamais très considérable, sauf le dernier jour ; le ventre était si sensible que la malade ne pouvait supporter le poids de ses couvertures ; les selles ne furent pas complètement supprimées, mais ne se produisaient qu'à la suite de plusieurs lavements successifs, les matières étaient fétides ; les vomissements n'étaient pas très fréquents, mais très abondants. Le 8 janvier, la malade rendit deux cuvettes de liquide porracé de mauvaise odeur. Pas de fièvre, la température oscillait de 36°.4 à 37°,8 ; pouls très petit, misérable, facies grippé, nez pincé, sueurs abondantes, urines rares, refroissement des extrémités. La malade mourut tranquillement et sans avoir perdu connaissane le 10 janvier à 5 heures du soir.

Autopsie (41 heures après la mort). — Rigidité cadavérique ; pas de signes de putréfaction. Femme bien conformée, petite, brune, peu amaigrie.

Vergetures abdominales. Pas de lésions externes, sauf une ulcération

lupique qui a détruit 4 millimètres de l'aile droite du nez, s'étend jusqu'au sillon naso-génien en dehors, mais respecte le lobule médian. Sur la muqueuse de la cloison du nez on trouve, à une petite distance de l'ulcération signalée, et non en continuité avec elle, un tubercule lupique du volume d'une lentille, recouvert de croûtes desséchées. Dans le reste de son étendue, la muqueuse des fosses nasales paraît saine.

Cavité abdominale. — Ballonnement plutôt modéré du ventre ; à l'ouverture, il s'écoule environ 800 grammes d'un liquide purulent, blanc grisâtre, contenant des flocons pseudo-membraneux. Les anses intestinales, toutes distendues par des gaz, sont agglutinées entre elles par un exsudat fibrineux friable qui tapisse toute l'étendue du péritoine viscéral et pariétal.

La séreuse est manifestement épaissie partout, présente par places une teinte rouge ecchymotique, tranchant sur le fond général grisâtre, et partout elle est dépolie, sans qu'on y découvre pourtant de granulations tuberculeuses.

La péritonite est généralisée, mais ses lésions sont moins accusées dans la partie supérieure de la cavité abdominale ; elles sont au contraire au maximum dans le bassin. En outre on trouve, dans l'hypocondre droit, une cavité limitée par le péritoine pariétal en avant, par le côlon transversé en haut, par une anse de l'intestin grêle en bas et par le grand épiploon épaissi en dedans ; cette cavité est tapissée dans toute son étendue par une couche de pus concret recouvrant une véritable membrane pyogénique, et elle contient un pus liquide, plus épais et plus coloré en jaune que celui que l'on rencontre ailleurs ; mais il ne s'y trouve aucun gaz.

Le grand épiploon épaissi est fixé par son bord libre dans la fosse iliaque droite. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; la rate est tout à fait en arrière, cachée derrière l'estomac.

Lorsque nous avons procédé à l'examen détaillé des viscères abdominaux nous avons trouvé des lésions qui expliquent parfaitement la péritonite purulente et ses localisations principales.

L'estomac, libre d'adhérences, n'est que fortement dilaté, sans altérations de ses parois ; il renferme une grande quantité de liquide, coloré par la bile. Le cardia est pour ainsi dire forcé, mesure 10 centimètres de circonférence et l'œsophage est distendu jusqu'au niveau de la bifurcation de la trachée ; quoiqu'on trouve des varicosités veineuses dans sa muqueuse, ce relâchement du cardia est dû peut-être à une altération cadavérique. Le pylore et le duodénum ne présentent rien d'anormal.

Ayant déroulé l'intestin peu à peu, en sectionnant à mesure le mésentère, de manière à nous rendre compte des rapports de chacune de ses parties, nous constatons ce qui suit : l'anse intestinale qui limite la cavité purulente signalée ci-dessus, se trouve à 2 mètres environ de

la fin du duodénum ; on remarque sur sa tunique séreuse des nodules tuberculeux formés de groupes de granulations grises et jaunes et il existe à ce niveau une rétraction évidente de la paroi, rétraction qui correspond intérieurement à un rétrécissement annulaire du calibre de l'intestin.

La description de ce rétrécissement mérite d'être faite avec quelques détails : l'intestin vu par sa surface externe, avant toute incision, présente immédiatement, au-dessus du point rétréci, une dilatation en ampoule mais peu marquée; puis brusquement, son diamétre diminue comme s'il avait été, à ce niveau, serré par un lieu circulaire; la longueur de la portion rétrécie est en effet très petite; on y voit dans le péritoine, très épaissi à ce niveau, les amas tuberculeux déjà signalés. Au-dessous l'intestin reprend son diamètre normal. Pour étudier la disposition intérieure, nous faisons une incision longitudinale, et nous constatons ainsi que la paroi intestinale est épaissie, tant au-dessus qu'au dessous du rétrécissement. Au niveau de celui-ci il y a une cloison, un véritable diaphragme, qui paraît formé par un repli de la muqueuse, et qui laisse au centre un orifice ayant seulement de 6 à 7 millimètres de diamètre et admettant, par conséquent, avec peine l'extrémité du petit doigt. Cet orifice est inextensible, le doigt s'y trouve serré comme dans un anneau fibreux: cette constatation est possible, parce que l'incision longitudinale n'a pas coupé le diaphragme jusqu'à son centre, mais seulement dans la moitié environ de son rayon. Sur les deux faces de ce diaphragme, se voient des ulcérations peu étendues, à bords irréguliers, à fond généralement ardoisé ; si l'on y introduit avec précaution une sonde cannelée on reconnaît qu'elles correspondent à de petites cavernes sous muqueuses; quelques-unes, mais en peti tnombre, s'ouvrent à la fois sur les deux faces du diaphragme, qui se trouve ainsi perforé et comme criblé. D'autres petites ulcérations existent au-dessus du point rétréci, dans la partie inférieure de l'ampoule; l'une d'elles conduit la sonde cannelée, maniée avec la plus grande douceur, jusqu'au dehors de l'intestin, daus la cavité péritonéale, juste au niveau du foyer purulent, à contenu jaunâtre, de l'hypocondre droit dont nous avons parlé. Il y avait donc une perforation intestinale, mais son trajet était oblique et masqué par des fausses membranes.

A 10 ou 12 centimètres au-dessous du rétrécissement que nous venons de décrire s'en trouve un autre; il est plus étroit encore, car il admet à peine un crayon et se présente aussi sous la forme d'un diaphragme, mais l'épaisseur de la cloison est un peu plus grande ; on y voit de petites ulcérations, et l'on trouve en outre sous la muqueuse de petits amas blancs ou jaunâtres de pus caséeux, tubercules ou abcès. Extérieurement le rétrécissement est marqué par un sillon assez large, comblé en grande partie par des fausses membranes.

Ces deux rétrécissements annulaires, que nous avons étudiés en premier lieu parce qu'ils se trouvaient en rapport avec le foyer purulent de l'hypocondre, sont représentés. On en découvre encore six autres, assez analogues; il y en a donc huit en tout. Le premier de tous, siège à un mètre environ du duodénum ; il a 7 millimètres de diamètre; la cloison, ou plutôt le diaphragme que forme la muqueuse à son niveau est perforé en plusieurs endroits par des ulcérations assez larges s'ouvrant de part et d'autre, au-dessus et au-dessous; il paraît manifeste que des matières, quelques gouttes de liquide au moins, ont pu suivre ce trajet pour franchir le rétrécissement; il existe dans le voisinage de petits abcès sous-muqueux anfractueux, ouverts en plusieurs endroits, en sorte que la muqueuse a un aspect vermoulu.

Les deux rétrécissements précédemment décrits viennent ensuite, et siègent, comme nous l'avons dit, à 2 mètres du duodénum.

Puis de là, à la fin de l'iléon, on compte cinq autres rétrécissements dont deux ont été figurés pour montrer une disposition particulière des tuniques intestinales à leur niveau. On remarquera en effet le peu de longueur des rétrécissements qui paraissent formés comme par la constriction circulaire que pourrait produire un lien étroit. Pourtant il n'y a aucune bride dans leur voisinage. Un seul faisait exception et mesurait 1 centimètre et demi de longueur, c'était en même temps celui dont le calibre était le moins étroit car on pouvait y passer le doigt.

Celui qui est représenté figure 32 n'a pas été ouvert; la muqueuse au niveau de l'orifice du diaphragme présente des plis rayonnés, mais pas d'ulcérations. La séreuse péritonéale paraît adossée à elle-même et soudée par un travail inflammatoire; elle est recouverte de fausses membranes très adhérentes dans tout le voisinage de la coarctation.

La figure 33 qui représente un autre rétrécissement incisé jusqu'à son axe donne des renseignements importants sur la constitution de ce que nous avons appelé le diaphragme. On voit en effet sur cette pièce que la tunique péritonéale prend part à sa formation; elle s'infléchit au niveau du rétrécissement, s'adosse à elle-même dans une petite étendue, puis continue son trajet sur le bout inférieur. Le sillon ainsi creusé est comblé en grande partie par des fausses membranes. La tunique musculaire, elle aussi, se trouve sur la coupe du diaphragme; elle est même manifestement épaissie. Enfin, la muqueuse, très épaissie, recouverte de ses villosités, tapisse la surface interne du rétrécissement. On y voit deux ou trois ulcérations linéaires et sur sa coupe on découvre un petit nodule caséeux intermédiaire entre la couche sous-muqueuse et la musculeuse.

Nous ferons remarquer que dans les deux rétrécissements qui sont représentés sur la figure 34, le péritoine pénétrait beaucoup moins profondément dans le sillon et que le diaphragme était, comme nous l'avons

dit, formé seulement par un repli de la muqueuse doublée de la sous-muqueuse épaissie.

Le dernier rétrécissement siège environ à 50 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale; au-dessous, l'intestin a son calibre normal, il contient des matières fécales liquides; on ne trouve pas d'ulcérations ni de tuméfaction des glandes de Peyer et des follicules clos.

L'intestin grêle est dans son ensemble très notablement raccourci; après l'avoir déroulé nous pouvons apprécier sa longueur qui ne dépasse certainement pas 4 mètres. Cette diminution de longueur est due évidemment à l'épaississement inflammatoire du péritoine et à sa rétraction.

Le mésentère, lui aussi, est fortement rétracté, il mesure plus d'un centimètre d'épaisseur sur la coupe. Par le palper on décèle dans son intérieur un grand nombre de ganglions lymphatiques qui sont tuméfiés, ont un volume variant de celui d un noyau de cerise à celui d'une olive, mais qui ne semblent pas infiltrés de tubercules à l'œil nu. Un seul ganglion a été trouvé nettement tuberculeux, transformé en une masse caséeuse il correspondait au rétrécissement de la figure 31, celui qui a donné lieu à la perforation.

Nous passerons rapidement en revue les lésions moins intéressantes, que nous avons constatées dans les autres viscères pour revenir ensuite sur l'examen histologique des rétrécissements de l'intestin. Commençons par les viscères de la cavité abdominale.

Le foie dont la capsule est un peu épaissie par places ne présente rien d'anormal sur la coupe. La rate est petite, de consistance normale, et pèse 140 grammes.

Les reins ne paraissent pas altérés.

Dans l'excavation du bassin tous les organes sont agglutinés par des fausses membranes assez résistantes.

La vessie, revenue sur elle-même, contient quelques gouttes d'urine troubles ; sa muqueuse est saine.

Les deux trompes de Fallope sont sinueuses, très dilatées, surtout à leur extrémité libre qui présente, pour la trompe droite, le volume d'un testicule. On voit sur sa face antérieure un groupe confluent de tubercules miliaires jaunâtres. L'incision de cette trompe montre qu'elle est distendue par une masse considérable de pus concret ressemblant à du fromage blanc qui remplit sa cavité jusqu'au niveau de la corne utérine. La trompe gauche contient de la matière semblable, mais en moins grande abondance. Il s'agit, de toute évidence, d'une salpingite double d'origine tuberculeuse. Les ovaires sont normaux.

L'utérus, du volume ordinaire chez les multipares, présente sur sa muqueuse quelques tâches jaunâtres qui semblent être des tubercules, mais sa cavité ne renferme pas de matière caséeuse.

Cavité thoracique. — La plèvre gauche ne contient pas de liquide;

adhérences anciennes très résistantes au sommet du poumon. Adhérences moins étendues au sommet de la plèvre gauche dont la cavité enferme quelques grammes de liquide séreux.

Le poumon droit présente un sommet déformé par des cicatrices multiples correspondant, sur la coupe, à des tractus fibreux qui la cloisonnent. On y sent à la palpation 5 ou 6 nodules durs qui sont dus à des tubercules caséeux du volume d'un grain de chénevis ou d'un petit pois; ainsi qu'on le reconnaît à l'incision, ces tubercules sont compris dans l'épaisseur des tractus fibreux. Dans leur voisinage immédiat, au sein du tissu pulmonaire comprimé par le tissu cicatriciel, on trouve quelques tubercules miliaires gris ou jaunes, disséminés. Il en existe également un petit nombre groupés en nodules lobulaires dans le reste du poumon. En aucun point on ne trouve de tubercules ramollis, ni de cavernules.

Il y a de l'emphysème manifeste dans les portions du lobe supérieur intermédiaire aux cicatrices. Pas d'œdème ni de congestion dans le lobe inférieur.

Le poumon gauche offre les mêmes lésions; la déformation cicatricielle du sommet est un peu moins accusée, mais il y a également des cloisons fibreuses contenant des tubercules caséeux, et de l'emphysème des parties intermédiaires plus marqué même que du côté opposé. Pas de foyer de ramollissement.

La trachée et les bronches ne présentent rien à noter. Les ganglions trachéo bronchiques ne sont ni infiltrés de tubercules, ni même tuméfiés, mais chargés d'anthracose.

Dans le larynx on découvre sur la corde vocale droite, un peu en avant de sa partie moyenne, un petit polype pédiculé, conique, à extrémité obtuse, du volume d'un grain de chénevis, de consistance molle, de couleur rose translucide, très mobile. En raison de ces caractères, il semble de nature myxomateuse; la corde vocale sur laquelle il s'insère n'est nullement déformée, et ne paraît pas autrement altérée. L'examen histologique de cette végétation sera du reste pratiqué et ultérieurement communiqué s'il y a lieu.

Rien à noter à l'examen des cavités buccales et pharyngées.

Le cœur est petit pour la taille du sujet; ses valvules ne sont pas altérées et son myocarde a l'aspect normal. Le péricarde renferme 10 grammes de sérosité claire. L'aorte présente quelques petites taches graisseuses à sa tunique interne. Les autres artères sont normales.

L'encéphale et la moelle épinière n'ont pas été examinés.

Examen histologique des rétrécissements de l'intestin. — Trois d'entre eux ont servi à l'étude microscopique des lésions. Durcissement par l'alcool et la gomme, coupe parallèle à l'axe de l'intestin, montrant, par conséquent, sous l'aspect d'un éperon, le diaphragme transversalement sectionné.

Sur les préparations provenant du rétrécissement représenté sur la figure 3 on constate les lésions suivantes :

La tunique séreuse est partout tapissée par des couches nombreuses de fausses membranes lamelleuses, composées de fibrine et infiltrées de pus. La séreuse elle-même est considérablement épaissie, et cela même à une certaine distance du rétrécissement. On peut en juger par le siège de sa couche élastique qui, étant à l'état normal presque directement sous-jacente à l'endothélium, en est ici séparée par une grande épaisseur de tissu d'inflammation chronique. Ce tissu est formé d'abondantes cellules embryonnaires rondes ou fusiformes, séparées par des faisceaux conjonctifs grêles, et très richement pourvu de vaisseaux à parois embryonnaires. Au niveau du rétrécissement on voit la séreuse pénétrer très profondément dans l'éperon qui fait saillie dans la lumière de l'intestin; on constate que la couche élastique du péritoine forme en se réfléchissant au fond du sillon un angle aigu à branches peu écartées. Le sinus de cet angle est comblé par la couche de tissu inflammatoire dont nous avons parlé, celle de l'une des branches étant soudée à celle du côté opposé. Il en résulte que le sillon formé par l'inflexion des tuniques de l'intestin est comblé par ce tissu de nouvelle formation.

Les couches musculaires, longitudinale et transversale, paraissent épaissies, notamment au sommet de l'éperon.

C'est la sous-muqueuse qui offre les lésions les plus accentuées ; elle est épaissie partout, formée de tissu conjonctif lâche au-dessus et au-dessous du rétrécissement. Mais c'est dans l'éperon et notamment vers son sommet que son épaisseur est maximale et, en outre, elle est à ce niveau composée de faisceaux conjonctifs extrêmement denses et serrés, ayant l'aspect d'un véritable tissu fibreux. Dans les fentes très étroites de ce tissu on trouve des séries de cellules embryonnaires tassées ; on a tout à fait l'impression d'un tissu cicatriciel.

Enfin, la muqueuse, séparée de la tunique précédente par la musculaire de la muqueuse qui est épaisse, un peu irrégulière et paraît décomposée en plusieurs couches par places, ne présente elle-même que des lésions inflammatoires, sans trace d'ulcérations dans les régions examinées. Elle est absolument continue sur tout l'éperon que nous avons décrit ; son tissu conjonctif est infiltré d'une manière diffuse par des éléments embryonnaires, les villosités notamment sont très élargies et enflammées. Les glandes sont plutôt hypertrophiées et quelques-unes ont un trajet sinueux. Nous ne voulons rien dire de l'épithélium de revêtement et de celui des glandes car, étant donnée l'époque tardive de l'autopsie, il est très altéré et en grande partie détaché.

Nous avons à dessein, en signalant les altérations des diverses tuniques de l'intestin, omis jusqu'ici de parler des éléments étrangers très caractéristiques que nous y avons rencontrés. Ce sont des amas tuberculeux,

dont l'un a un volume suffisant pour être vu à l'œil nu sur les coupes, qui siégeaient presque tous dans la partie profonde de la couche sous-muqueuse, au voisinage du sommet ou au sommet même de l'éperon, au point où nous avons vu que se trouvait un tissu fibreux très dense.

On verra le plus gros de ces tubercules représenté sur la coupe macroscopique de ce rétrécissement (V. fig. 3).

Quelques-uns de ces tubercules empiétaient un peu sur la couche à fibres transversales de la musculeuse ; l'un très petit, siégeait au beau milieu de cette couche. Nous n'avons point vu de ces tubercules miliaires, non plus que de follicules tuberculeux ou même de cellules géantes, dans le tissu inflammatoire de la séreuse.

Ces tubercules miliaires de la sous-muqueuse se présentent sous l'aspect que voici : forme ovalaire ou arrondie, centre caséeux dont les éléments granuleux ne se colorent pas par le carmin, zone embryonnaire périphérique renfermant de nombreuses cellules géantes, le tout assez nettement limité au sein du tissu fibreux. Les tubercules ne correspondent donc pas au siège des follicules lymphatiques de la muqueuse, lesquels sont bien plus superficiels. Ces follicules nous ont paru peu altérés ; l'un d'eux renferme pourtant une cellule géante. Les vaisseaux de la sous-muqueuse sont enflammés, surtout les artères qui sont au voisinage des amas tuberculeux, où l'endo-périartérite est très marquée.

Deux autres rétrécissements ont été étudiés sur des coupes longitudinales ; voici les quelques particularités que nous avons relevées dans leur structure. La séreuse péritonéale pénètre parfois moins profondément dans le sillon extérieur qui correspond à l'éperon formé en dedans par la muqueuse. Celle-ci présente dans un des cas, au niveau même du rétrécissement, des valvules conniventes rapprochées, très augmentées de volume par suite de l'épaississement fibreux du tissu sous-muqueux. A la base de ces replis, et même au sein de la couche musculaire, qui est interrompue en ce point, existent de nombreux amas tuberculeux, bien limités au sein d'un tissu fibreux dense. On trouve dans ce cas de petits tubercules même entre la couche musculaire et l'élastique de la séreuse, donc dans la tunique sous-péritonéale. Les artères voisines de ces amas tuberculeux présentent des lésions d'endartérite si prononcées que la lumière de quelques-unes est oblitérée presque.

Nos coupes d'un autre rétrécissement ont porté sur une ulcération. Nous avons pu constater que le fond de cette ulcération atteint le niveau de la couche musculaire ; mais celle-ci est interrompue en ce point et remplacée par des amas tuberculeux épars au milieu d'un tissu fibreux. Il y a quelques tubercules jusque dans la séreuse elle-même, dans ce cas mais très peu abondant. Les bords du trajet ulcéreux offrent les caractères d'une inflammation vulgaire, et par places, on voit dans le voisinage quelques gros tubercules à centre caséeux.

La situation profonde de la plupart des tubercules que nous avons trouvés, leur siège de prédilection dans la sous-muqueuse, leur forme régulièrement ovalaire ou arrondie, et la limitation très nette de leurs bords nous ont porté à penser qu'ils étaient dévoloppés dans des vaisseaux lymphatiques. Ce serait donc une lymphangite tuberculeuse secondaire à des foyers primitifs qui étaient vraisemblablement situés dans la muqueuse, comme d'habitude, mais qui sont remarquablement peu nombreux, ou qui ont, en partie, disparu par guérison. Dans notre idée, les ulcérations, relativement rares, que nous constatons sont dues à l'élimination de cesamas tuberculeux primitifs ou de foyers secondaires plus profonds. Les trajets fistuleux qui, dans quelques rétrécissements, font communiquer les deux côtés du diaphragme, s'expliqueraient par l'ouverture simultanée des foyers en deux points ; ou bién, une première ouverture a permis l'entrée de micro-organismes de l'intestin qui ont provoqué un abcès, s'étant ouvert en différents points.

Obs. XXVIII. — Communication à la *Société de Chirurgie*, par M. Terrier Séance du 17 février 1892.

« Dans un cas M. Bouchard m'appela auprès d'un malade qui avait dans la fosse iliaque droite une énorme tuméfaction. Celle-ci avait été précédée de douleur et il s'était produit un phlegmon de la fosse iliaque d'origine cæcale et appendiculaire. Les accidents arrêtés pendant quelque temps se reproduisirent et il se fit une fistule au voisinage de l'anus, consécutive à une suppuration ischio-rectale. Quand je vis le malade, il était cachectique et présentait dans la fosse iliaque une grosse tumeur, avec une ulcération, ressemblant à un sarcome ulcéré ; on pouvait donc penser à un néoplasme. Mais j'eus l'idée de faire examiner le pus et on y constata une quantité énorme de bacilles tuberculeux.

« Le malade succomba à la tuberculose.

« Je pense qu'il doit y avoir d'autres observations semblables et qu'on a sans doute enlevé comme atteints de cancer des cæcums infiltrés de néoplasie tuberculeuse.

« Ces poussées de tuberculose peuvent se calmer et guérir spontanément ou après l'ablation de la lésion. »

Obs XXIX. — *Résection intestinale étendue (iléon, cæcum, côlon) pour tuberculose. Guérison* (Roux, *Revue méd. de la Suisse Rom.* Genève, 1891. Résumé, in thèse de M. Benoit, Paris, 1893).

9 mai 1890. Mme Marie J. R..., 28 ans, mariée, sans enfants, ni fausses couches.

Antécédents héréditaires. — Un frère poitrinaire, ainsi qu'une tante et des grands-parents.

Antécédents personnels. — A 20 ans, en automne, après un violent effort en arrière, elle ressentit pendant 2 jours des douleurs suraiguës dans la région iléo-cæcale. Au printemps suivant, douleurs violentes pendant une journée entière, au même endroit.

Dès lors, chaque année, au printemps et en automne, la malade avait sa crise douloureuse durant une journée, avec vomissements, frissons et « tortillées horribles » dans tout le ventre, surtout à droite. Après les crises qui duraient 24 heures, euphorie absolue ; aussi son état s'est il maintenu assez satisfaisant jusqu'à l'hiver 1889 où elle jouissait encore d'un embonpoint remarquable. Mais à ce moment, elle commença à maigrir et à avoir de la diarrhée qui ne l'a plus quittée depuis. Elle a eu sa crise en automne, comme d'habitude.

De plus, la région cæcale est devenue douloureuse à la pression ; dans les selles, on a trouvé ce qu'elle appelle de la « râclure de boyau ». Faiblesse et un peu de toux depuis l'hiver. Règles moins abondantes, douloureuses.

Etat actuel. — Femme amaigrie, habitus phtisique.

Poumons sains, sauf en avant et à droite où l'on trouve un soupçon de bruit à l'expiration.

Ventre aplati, légèrement tendu, présente dans la région appendiculaire une tumeur qui occupe la moitié externe de l'espace spinoso-ombilical, longe la bonne moitié du ligament de Poupart, et se perd peu à peu sur le cæcum et le côlon. Elle est ovoïde, sensible au palper, mate à son centre. Le cæcum et le côlon offrent de la résistance par leur paroi, car ils sont vides, vague fluctuation dans la profondeur. La tumeur est quelque peu mobile profondément, elle n'adhère pas à la paroi abdominale. Au toucher vaginal, rien d'anormal.

Diagnostic : Périty phlite appendiculaire perforatrice, probablement avec tuberculose cæcale.

Opération, le 10 mai 1890. — Avant l'opération, un examen complémentaire en narcose fait voir que la tumeur n'est pas un abcès simple, mais une tumeur creuse, à parois épaisses, tympanique par places, représentant probablement un paquet d'adhérences qui englobe le cæcum.

Incision oblique à 1 ou 2 doigts en dedans de la crête iliaque. On trouve que la tumeur comprend dans des adhérences friables le cæcum, l'appendice, l'abcès éventuel, etc. On constate l'épaississement des parois intestinales jusqu'au coude du côlon. Le doigt enfoncé dans l'iléon ne peut s'engager dans la valvule de Bauhin.

On détache toute la tumeur de la F. I., découvrant le muscle ; on sectionne l'iléon à 6 ou 8 centimètres au-dessus de la valvule, et on l'abouche dans le côlon transverse par 3 plans de sutures renforcées par le mésentère et l'épiploon. L'infiltration de la paroi du côlon transverse

lui-même rend la suture très difficile, à cause de la friabilité de l'intestin. L'iléon, rabattu en haut, pénètre le côlon par la face opposée au méso-côlon. On enlève alors la tumeur avec tout le côlon ascendant, et une partie du côlon transverse. On fait pour cela de nombreuses ligatures en dedans du cæcum et du côlon ascendant. On voit le nerf crural, l'artère iliaque interne, l'uretère, etc. On ferme ensuite le côlon transverse à la façon du cæcum, par 3 plans de sutures. Tamponnement de la F. I. à la gaze iodoformée, 2 drains accolés.

Réunion des 2 extrémités de la plaie seulement, plan par plan. Le nouveau cæcum est dans l'angle supérieur de la plaie. Pansement.

La description soignée de la pièce qui accompagne l'observation, ne diffère pas de celles que nous avons données ; on y retrouve l'épaississement énorme des parois, la rigidité et le rétrécissement de la valvule, la destruction plus ou moins totale de la muqueuse, ailleurs son aspect papillaire et comme verruqueux, etc. L'appendice perdu dans les fongosités, était perforé en son milieu.

Suites. — Fort simples, on a eu pendant quelques jours une petite fistule stercorale, due à la dépression de quelques points mal nourris sur la paroi intestinale. Mais cette fistule est fermée ; la malade se levait le 29 mai, et le 11 juillet elle quittait l'hôpital transformée physiquement et moralement.

Etat à la sortie. — Petite fistulette, donnant une sécrétion insignifiante, bon appétit, selles normales.

Diagnostic anatomique du professeur Stilling : ulcérations tuberculeuses du côlon, du cæcum et de l'appendice vermiforme. Tuberculose des ganglions lymphatiques adjacents, etc.

Obs. XXX. — Communication à la *Société de chirurgie*, par M. Reynier (Séance du 2 mars 1892).

« Il s'agit d'un homme de 25 ans, fils de père mort de tuberculose pulmonaire, et ayant pour frère un phtisique. Cinq mois avant que je ne fusse appelé, il avait eu, d'après le diagnostic porté par M. Gosselin, qui l'avait soigné à cette époque, une typhlite avec abcès de la fosse iliaque droite, ouvert par M. Gosselin.

« L'ouverture de cet abcès était devenue fistuleuse, et c'est dans ces conditions que le malade était venu me trouver. Quelque temps après, un nouvel abcès de la fosse iliaque se produisit, que j'ouvris. Le pus qui s'en écoula ressemblait à du pus d'abcès froid. Je pensai à ce moment que le diagnostic primitivement porté pouvait être erroné et je cherchai, mais inutilement, une lésion osseuse du côté de l'os iliaque quelques temps après par l'ouverture que j'avais faite s'écoulèrent des matières

stercorales, et il s'établit une fistule stercorale, qui au bout de quelque temps se ferma spontanément. Mais de nouveaux trajets fistuleux, de nouveaux abcès se produisirent, un du côté de l'ombilic, les autres dans la masse sacro-lombaire. Je les ouvris successivement, et M. Bouilly doit se rappeler qu'un jour il voulut bien me prêter son concours pour gratter tous ces trajets fistuleux, qui étaient fongueux, et ressemblaient aux trajets qui succèdent aux lésions tuberculeuses.

« Malgré toutes ces interventions je ne puis voir se tarir la suppuration, et mon malade, au bout d'un an de souffrances, mourait d'urémie, due à une néphrite amyloïde, sans que j'aie jamais pu trouver une lésion osseuse.

« A l'heure actuelle, bien que l'autopsie n'ait pu être faite, et venir confirmer cette manière de voir, je ne crois pas qu'il puisse être possible de douter que je n'aie eu affaire dans ce cas à une lésion tuberculeuse du cæcum, cause de tous les accidents présentés par mon malade. »

Obs. XXXI (Résumée). — *Tuberculose cæcale. Résection. Guérison après une série de huit interventions* (Observation de M. Kœrte, in thèse de Itié, Montpellier 1898).

Malade âgé de 25 ans, entre au service le 16 février 1891, avec le diagnostic d'iléus. Quatre jours auparavant il avait éprouvé de violentes douleurs au côté droit du ventre, douleurs qui s'étaient généralisées. De là, vomissements qui devinrent bientôt fécaloïdes. Diagnostic hésitant entre obstruction intestinale et péritonite ; on penchait pourtant pour cette dernière.

Première opération le 17 février 1891, ouverture du ventre. Issue de grandes quantités de pus sanieux, lavage, drainage. Pendant les premiers jours il y a encore de visibles phénomènes de péritonite. Peu à peu disparition.

Le malade va à la selle pour la première fois le 27 février.

Il persiste une fistule qui mène à l'appendice. Celui ci est réséqué dans une deuxième opération, le 16 mars 1892. Il persiste encore une petite fistule.

L'examen du pus recueilli à la première opération démontre l'existence de staphylocoques et de bacilles septiques. Le péritoine vivement enflammé ne présentait nulle part des granulations tuberculeuses. L'appendice extirpé présentait des lésions d'inflammation chronique avec deux perforations s'ouvrant au milieu d'adhérences. La muqueuse était lâche, plissée ; la sous-muqueuse infiltrée de cellules rondes. Nulle part de tubercules.

Le malade resta souffrant jusqu'à la fin août de la même année

(1892). Malgré un fonctionnement normal du tube digestif, malgré une nourriture abondante, le malade ne prenait aucune force. Rien au poumon.

En haut, on commençait à sentir, du côté des côtes, une résistance en forme de boudin. On pense, soit à de vieux restes de péritonite, soit à une tumeur, et on pratique une troisième opération le 27 août.

Ouverture du ventre dans le sens de la tumeur. Le côlon ascendant et le cæcum apparaissent volumineux; sur la séreuse quelques petites granulations miliaires. On procède à l'extirpation de la partie malade. L'iléon est divisé quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale entre les ligatures, puis on détache le côlon près du coude droit après section du mésentère et du mésocôlon. La paroi intestinale très friable se déchira à plusieurs reprises et on vit des surcroissances polypeuses sur la muqueuse qui furent considérées comme du cancer. Etablissement d'un anus contre nature. Suites opératoires bonnes.

L'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse des végétations de la muqueuse.

Le 27 octobre 1892, on plaça l'entérotome sur l'éperon de l'anus, mais sans succès. Et, le 19 novembre, on procéda à une nouvelle ouverture du ventre (quatrième opération). On réséqua 21 centimètres de côlon. Au niveau de la section la muqueuse n'était pas encore suffisamment saine. Fermeture du bout colique, anastomose d'une anse intestinale sur le côté du côlon. De nouveau, établissement d'une fistule stercorale le 27 novembre.

Comme ces deux lumières intestinales étaient placées côte à côte, séparées par un éperon visible, on appliqua sur lui encore une fois l'entérotome de Dupuytren afin d'établir une communication large entre l'intestin grêle et le gros. Après un triple essai du 2 janvier au 18 février 1893, l'ouverture dans la paroi de séparation fut jugée suffisante.

C'est pourquoi le 27 février 1893, on tenta une cinquième opération pour assurer la fermeture de la fistule stercorale. Malgré tout; les matières continuant à sortir par la plaie, le malade voulant à tout prix être débarrassé de cette infirmité, on pratiqua le 3 juin 1893 une sixième opération. Après ouverture du ventre sur la ligne médiane, on tombe sur l'anse intestinale qui conduit à la fistule. On la divise à 12 centimètres au-dessus entre deux ligatures; on ferme le bout inférieur et on abouche le bout supérieur dans l'S iliaque. Au-dessus du point d'implantation de l'iléon dans le côlon, celui-ci fut fermé par une suture en bourse, afin que les matières ne pussent revenir à la fistule par le côlon descendant et transverse.

Malgré de violentes inflammations depuis un an et demi, la séreuse ne présentait pas d'adhérences et on n'y voyait pas de nodules tuberculeux.

Le 18 mai, pour la première fois, allée régulière à la chaise, mais de nouveau, le 26 mai, une partie du contenu intestinal sortit par la fistule.

Le 3 juin 1893 (septième opération): l'abdomen fut de nouveau ouvert, le côlon transverse fut divisé aussi loin que possible du côté gauche, et les deux bouts obtenus fermés chacun par invagination. Le régulier dégagement des matières fécales était assuré, et de l'ancienne fistule ne se dégageait plus que du mucus intestinal.

Le malade voulant être débarrassé de cette sécrétion permanente, une huitième opération est faite, dans laquelle on extirpe toute la portion intestinale avoisinant la fistule et composée du reste du côlon transverse de l'anse iléale anastomosée pendant la quatrième opération et du morceau d'iléon suturé par invagination et provenant de la sixième opération.

Après cette intervention qui réussit fort bien, la guérison fut complète. Le ventre laisse voir des cicatrices des multiples opérations. Du côté droit se trouve une hernie nécessitant le port d'un bandage. Le malade s'est remis. Ses forces lui permettent, depuis l'automne de 1893, de gagner sa vie dans une imprimerie.

La forme de la tuberculose était le grossissement tubéreux mamelonné de la muqueuse, ce qui donnait l'impression d'une dégénérescence carcinomateuse. L'examen microscopique seul fit deviner la nature de la tumeur. Tout le cæcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse étaient malades.

Obs. XXXII. — *Tuberculose chonique de l'angle iléo-cæcal. Résection-Entérorraphie. Guérison* (Docteur Broca, 30 novembre 1892. *Fistule pyo-stercorale. Opération. Mort. Autopsie*, par Léon Courtillier, *Société anatomique* juin 1896).

Emile A..., 12 ans, entré le 9 novembre 1892, salle Denonvilliers, lit n° 31, à l'hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Il ignore ce que sont devenus ses parents et a été élevé chez sa grand'mère à Poitiers.

Il n'a habité Paris qu'à l'âge de 7 ans. Il se souvient d'avoir été souvent malade pendant son enfance. Fort intelligent, il explique qu'il se trouvait en bonne santé, lorsqu'il y a trois ans, le 15 février, il reçut prétend-il, un coup de boucle de ceinture sur la partie droite du ventre. La douleur fut assez forte pour l'empêcher de manger; il n'y eut pas de vomissements. Quatre ou cinq jours après, il remarquait qu'il avait un gonflement et entra à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Là, il subit par deux fois une opération sur laquelle nous manquons de renseignements, et il en

sortit deux mois après avec une plaie qui donnait de l'humeur. Il avait été traité, raconte-t-il, pour une périty phlite dans le service de M. de Saint-Germain. Il avait conservé en quittant l'hôpital une fistule qui donnait du pus et même, à certains moments, des matières liquides en grande abondance; aussi allait-il se faire panser fréquemment.

Son état s'étant un jour aggravé, il entra à l'hôpital Trousseau. Pendant 21 jours il resta en observation.

Etat actuel. — Au moment de l'entrée, l'enfant portait une fistule dans la partie droite du ventre, au-dessus du pli inguinal, située sur l'incision probable d'une appendicite ; il en sortait un peu de pus et des matières liquides seulement, souvent mélangées de gaz qu'il sentait passer parfaitement. Les douleurs n'étaient pas très vives, il pouvait marcher. Les selles n'ont jamais étaient interrompues par l'anus. Il n'y a jamais eu de pus dans les excréments. Le petit malade avait peu d'appétit, mais ne vomissait jamais.

Comme signes physiques, à la palpation, le ventre était résistant, dur et rétracté uniformément. Sur le pourtour de la fistule, on avait la sensation d'une plaque dure à limites indécises, mais on ne sentait pas de grosse masse pouvant faire songer à une tumeur du cæcum.

Organes thoraciques. Cœur, le premier bruit est légèrement soufflé à la pointe.

Poumons. Un peu de rudesse à la base droite.

Etat général assez bon ; l'enfant n'a que peu maigri. Pas de fièvre le soir.

Devant la difficulté de palper dans les conditions ordinaires, une exploration fut décidée sous le chloroforme qui permit de poser un diagnostic et la résection fut pratiquée séance tenante.

Opération. — Incision parallèle à la cicatrice, mais à 4 ou 5 millimètres en dehors d'elle, laissant en dedans l'orifice fistuleux qui est cerné par une incision elliptique. L'incision traverse successivement la peau, l'aponévrose du grand oblique, les muscles petit oblique et transverse.

En dedans de l'orifice fistuleux, elle arrive sur le bord du muscle grand droit. Le péritoine est alors soulevé avec précaution dans l'angle inférieur, ponctionné, puis incisé. En dehors et en bas, il est adhérent à une masse qui fait corps, d'autre part, avec le cæcum. Ce cæcum est d'ailleurs très déformé, difficilement reconnaissable. Il est abordé par un intestin grêle très distendu et assez rouge à sa surface. En haut, il se continue avec le côlon ascendant induré sur une hauteur notable.

A un examen attentif, il devient évident qu'il existe en dehors et en arrière du cæcum une masse polyganglionnaire qui se prolonge dans le mésocôlon ascendant et dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal.

De ces ganglions, les plus antérieurs et inférieurs sont ramollis et adhérents à l'intestin. C'est par l'intermédiaire de l'un deux, sous la

forme d'une cavernule fongueuse, que le stylet arrive de la fistule dans l'intestin, dont l'orifice, situé un peu au-dessous de l'abouchement de l'intestin grêle, est très petit. En le disséquant et en cherchant à isoler le cæcum de la masse ganglionnaire, on déchire la paroi intestinale molle et friable et on arrive sur une muqueuse d'aspect fongueux, parsemée d'une quantité innombrable de petites végétations polypeuses. Il est impossible d'y reconnaître l'aspect ordinaire de la muqueuse intestinale et surtout rien qui rappelle le cæcum, l'appendice ou la valvule iléo-cæcale. Mais, en haut et en bas, sont des orifices dans lesquels le doigt s'engage et, à une certaine distance, rencontre des matières fécales.

Il était évidemment impossible de songer à suturer la perforation. On fit donc immédiatement l'entérectomie, l'assistant comprimant chaque bout entre l'index et le pouce et l'angle iléo-cœcal étant bien isolé hors du ventre sur des compresses.

On fit la résection de 20 centimètres de l'intestin, côlon et ileon avec un coin du mésentère et en enlevant tous les ganglions facilement accessibles. Le bout inférieur était à peu près vide, mais le bout supérieur contenait des matières demi-liquides et assez abondantes, ce qui tenait évidemment à la stagnation causée par le rétrécissement de la valvule. L'intestin grêle était dilaté, mais la muqueuse était normale à l'œil nu, tandis que le côlon était malade, induré et à muqueuse polypeuse, sur une hauteur de 6 à 8 centimètres après la section, l'hémorrhagie du mésentère fut médiocre et vite arrêtée par un surjet à la soie fine. Puis on fit l'entérorraphie circulaire en commençant par le bord mésentérique; on fit d'abord une suture muco-muqueuse, puis une suture de Lembert. Les points furent très rapprochés et il y en eut au total 96, dont 50 pour la suture de Lembert. L intestin grêle était plus large que le côlon; en avant et en dehors il resta un point où on fit une entérorraphie longitudinale de 1 cent. 5 de long. En ce point la solidité semblait douteuse, un fil fut laissé pour fixer la suture à la plaie abdominale. Après réduction de l'anse suturée, on fit la toilette du péritoine qui avait été soigneusement protégé avec des compresses et contenait seulement un peu de sang. Suture en deux étages de la paroi, avec le fil intestinal pris lâchement dans le plan profond. Un drain est mis dans le péritoine derrière l'anse suturée. La durée totale de l'opération a été de 2 heures et demie, dont plus d'une heure pour les sutures intestinales. Pansement iodoformé.

Examen de la pièce. — Outre l'aspect déjà décrit de la muqueuse, la pièce enlevée, qui est constituée par l'angle iléo-cæcal et une masse ganglionnaire, présente à noter un épaississement très remarquable des parois au niveau du cæcum et de la paroi inférieure. A la place où devrait être la valvule iléo-cæcale, il y a une induration blanchâtre, qui constitue un rétrécissement très net, ce qui explique la distension de l'iléon.

La pièce a été remise à M. le docteur Pilliet qui a trouvé à son examen un nouveau cas type de tuberculose lymphoïde du cæcum.

Suites. — Les suites opératoires ont été fort simples, aucune complication à noter; quelques semaines plus tard, l'enfant revient à l'hôpital, il a engraissé, sa mine est excellente.

Localement il y a une petite fistulette, sécrétant fort peu de sérosité pure, entretenue sans doute par l'un des nombreux fils dont l'élimination serait prochaine. Le ventre est souple, indolore, les selles régulières.

On a revu le malade le 4 septembre 1893; depuis un mois environ il n'existait plus de trajet fistuleux. Bon état général.

En janvier 1896, Emile R... rentre de nouveau salle Denonvilliers, lit n° 51, à l'hôpital Trousseau. Il raconte qu'il est resté très bien portant pendant les deux ans qui ont suivi l'opération et qu'il n'a jamais éprouvé aucun trouble des fonctions digestives. Mais il y a un an à peine à la suite d'une grande course, qui l'avait beaucoup fatigué, il est survenu au niveau de la cicatrice opératoire une grosseur qui est restée stationnaire pendant 3 à 4 mois, puis s'est ouverte spontanément pendant le sommeil. Il s'est écoulé un liquide purulent mélangé de matières jaunâtres qui a continué à couler constamment jusqu'à ce jour avec des alternatives de débâcles, surtout à la suite de fatigues.

Le malade alla consulter un médecin qui lui fit des pansements.

Au commencement de février 1896, l'enfant jouit d'un état général médiocre, il est maigre, a le teint jaune, il est sans force et sujet à des débâcles intestinales. Il n'a pas de fièvre et aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. On observe à la partie moyenne de la cicatrice opératoire un trajet fistuleux, en partie recouvert par un petit pont cutané inférieur. La peau qui limite l'orifice est légèrement déprimée et on ne voit aucune saillie anormale dans le fond. Le trajet fistuleux, oblique de bas en haut et de dedans en dehors, conduit dans la fosse iliaque. Le stylet qui le traverse facilite la sortie du liquide muco-purulent mêlé de matières jaunâtres. L'analyse a démontré qu'il était constitué par du pus, du mucus intestinal et des résidus de l'alimentation.

Il y a de la douleur spontanée et à la pression dans la région lombaire droite; pas de gonflement, ni induration bien limitée de la fosse iliaque. A certains moments, l'orifice se rétrécit, il se forme une collection qui fait saillie sous la paroi, devient sensible, puis se vide spontanément par une débâcle douloureuse. On procède à la dilatation au moyen de tiges de laminaires renouvelées pendant plusieurs jours consécutifs. Après les premières tiges il se fait un écoulement purulent assez abondant. La béance du trajet est maintenue par un très gros drain de caoutchouc et le pansement renouvelé chaque jour renferme la majeure partie de l'évacuation intestinale.

On suralimente le malade sans obtenir une amélioration bien notable.

Le 20 *avril* 1896, M. Broca procède sous le chloroforme à l'exploration du trajet fistuleux. En bas le doigt entre dans un cul-de-sac où l'intestin semble sous la paroi. Section avec les ciseaux dans la direction indiquée, on s'aperçoit qu'on a ouvert la péritoine. Par cet orifice, il est facile de reconnaître qu'il n'y a d'adhérences intestinales à la paroi qu'au niveau du trajet fistuleux, suture de la séreuse, suture de la paroi. Pansement iodoformé. Il y eut les jours suivants amélioration légère de l'état général du malade. L'état local laisse moins à désirer, les matières sortent en moins grande quantité par l'orifice rétréci, mais bientôt elles reprennent leur cours anormal s'écoulant aussi abondantes qu'auparavant. Le 27 ou enlève les fils.

Le 5 *mai* M. Broca se propose, en raison du peu d'empâtement de la région et de la non-existence d'adhérences de l'intestin à la paroi, de fermer la fistule pyo-stercorale. Au moment de l'incision de la paroi au niveau de l'ancienne cicatrice, le bout terminal de l'intestin grêle est fendu longitudinalement sur une longueur de 5 centimètres. On ne le libère pas facilement à cause des adhérences profondes et de l'existence de gros ganglions accolés à l'intestin sur son bord mésentérique.

On oblitère son orifice par un petit tampon d'ouate. On procède à la recherche du bout inférieur du côlon ascendant, on en saisit seulement une petite portion à la partie antéro-interne, que l'on suture à la partie correspondante de l'intestin grêle. Pour le reste il est impossible de le libérer. On réunit par des points muco-muqueux et par une suture de Lembert l'incision longitudinale de l'intestin grêle. Il persiste un trajet stercoral, on ferme le péritoine autour de lui et on suture l'orifice fistuleux à la peau. Pansement iodoformé. Après l'opération l'enfant s'alimente mal, maigrit. Les matières continuent toujours à s'écouler par la fistule et par l'anus. L'abattement se prononce de plus en plus, il survient des vomissements bilieux et l'enfant s'éteint doucement le 12 avril.

Autopsie. — Le cadavre est réduit presque à l'état squelettique. A l'ouverture de l'abdomen, on note qu'il n'y a aucune communication entre la cavité péritonéale et la fistule. Il y a quelques petites adhérences intestinales en arrière et à droite de la vessie et dans ce point on trouve de petits foyers purulents bien collectés, le pus en est jaunâtre, crémeux. Rien ailleurs dans le péritoine. On ne voit à sa surface aucune granulation tuberculeuse.

L'intestin grêle, comme le gros, est à peu près vide et on voit sur son bout inférieur que l'incision longitudinale est réunie; dans sa cavité on sent la petite boulette de coton qui n'oblitère pas le calibre de l'organe et que l'on peut sortir facilement. Le pourtour de l'orifice de cet intestin est libre en avant, adhérent en arrière et sa circonférence est à peu près

égale à celle du côlon ascendant dont l'orifice, opposé au précédent, présente d'une façon à peu près symétrique des parties libres et d'autres adhérentes. Ces deux orifices, dans la moitié environ de leur partie postérieure et interne, non seulement sont adhérents entre eux, mais aussi aux tissus sous-jacents de la fosse iliaque. Les deux bouts de l'intestin ont donc été réunis l'un à l'autre par l'entérorraphie pratiquée il y a trois ans. La moitié antérieure libre forme un orifice ovalaire regardant en avant et en dehors qui communique avec l'extérieur par un trajet oblique et donne issue à du liquide louche et fétide.

En voulant décoller ces parties de la fosse iliaque on pénètre dans une cavité qui siège en arrière du côlon ascendant, sur la face antérieure du muscle iliaque, se prolonge entre ce muscle et le psoas vers la crête iliaque et la colonne lombaire et envoie un autre prolongement en bas dans l'angle formé par les deux muscles précédents. Cette cavité renferme un liquide louche, fétide et communique avec le côlon ascendant par un orifice arrondi, de la dimension d'une lentille, qui est situé sur la face postérieure du côlon à 1 centimètre au-dessus du point où il adhère avec la fosse iliaque et avec l'intestin grêle; c'est le seul orifice qu'il y ait à signaler.

Les tissus environnants ont l'apparence de tissus sphacélés. Le périoste de la fosse iliaque épaissi, d'aspect lardacé, se laisse décoller facilement; on voit au dessous un os uniformément épaissi, de couleur jaunâtre, ne saignant pas, spongieux sous le doigt, perforé de multiples orifices qui donnent issue à du liquide louche de couleur roussâtre. Cette ostéite s'étend à toute la portion iliaque.

La muqueuse de l'intestin grêle est saine et ne présente à la vue aucune granulation tuberculeuse, mais il n'en est pas de même de celle du côlon ascendant qui a un aspect bourgeonnant dû à un semis de granulations tuberculeuses infiltrant les parois. La muqueuse de la face postérieure du côlon présente des lésions plus avancées; les granulations ulcérées ont attaqué à des degrés divers les tuniques de l'organe. En un point il y a une perforation circulaire, des dimensions d'une lentille, qui communique avec l'abcès signalé plus haut, et à son pourtour les parois sont très amincies et sur le point d'être perforées. Tout le mésentère, la face postérieure du côlon ascendant, la petite courbure de l'estomac sont remplis de ganglions nombreux et de volume variable ; les uns durs, fibreux, d'autres ramollis, caséeux à la coupe, ces derniers existent surtout au pourtour du point d'abouchement de l'intestin grêle avec le côlon.

On note au sommet du poumon gauche un gros noyau tuberculeux dur, fibreux, en partie calcifié ; au point correspondant il y a de fortes adhérences pleurales. Sur le côté droit mêmes lésions mais moins accusées. A la coupe des deux poumons, on voit vers les sommets quelques granulations tuberculeuses, dont l'origine est récente, et de nombreux et volu

mineux ganglions péri-bronchiques dont quelques-uns caséeux et d'autres indurés.

Le foie volumineux présente les caractères de la dégénérescence amyloïde.

Rien à signaler pour les autres organes.

Obs. XXXIII. — *Appendicite tuberculeuse avec abcès lombaire et fistule pyo-stercorale* (F. Cathelin, *Presse médicale*, juillet 1898, p. 30).

Il s'agit d'une fillette de dix ans, L..., Louise, entrée à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, le 10 août 1897, dans le service de M. Ménard, avec le diagnostic de mal de Pott lombaire.

Ses antécédents héréditaires annoncent la tuberculose. Son père est mort d'un chaud et froid ; sa mère encore vivante tousse un peu, et le seul frère qui lui reste est très maigre et pâle, suant au moindre effort et toussant par moment.

Elle a eu cinq autres frères et sœurs tous morts du croup dans l'espace d'un mois.

L'enfance de la fillette a été maladive, mais elle n'a jamais contracté d'affections graves, infectieuses ou autres.

Il y a deux ans environ, elle ressentit un jour de vives douleurs abdominales pour lesquelles on manda le médecin. Celui-ci diagnostiqua « coliques appendiculaires » et ordonna des applications de teinture d'iode avec cataplasmes chauds laudanisés sur le ventre.

Les douleurs se calmèrent assez rapidement pour revenir à quelque temps de là, et le médecin pensa un moment à une appendicite nerveuse. Ce n'est qu'à la suite d'une série de crises douloureuses qu'il conseilla l'entrée de l'enfant à l'hôpital d'où on la renvoya à Berck.

A son entrée à l'hôpital maritime, en cherchant au niveau des deux fosses iliaques, on les trouve libres, tout au moins dans leur partie moyenne et interne, sans douleur et sans aucune trace d'empâtement ; mais, en faisant coucher la malade sur le ventre, on aperçoit nettement une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule allant de la région lombaire à la partie supéro-externe de la fosse iliaque droite ; on ne découvre, d'ailleurs, aucun signe permettant de penser à une tuberculose vertébrale, même au début.

Après quelques jours d'attente, et, en présence du mauvais état général de l'enfant, qui se cachectisait chaque jour, on fait avec un gros trocart une ponction au niveau de la tumeur, véritable ponction exploratrice d'où il sort, avec un peu de pus, des gaz à odeur très forte, mais sans caractères bien nets ; on était donc en présence non d'un abcès tuberculeux, mais bien d'un véritable abcès lombaire septique.

On ouvre alors immédiatement l'abcès au bistouri, et il s'en dégae une odeur stercorale qui ne pouvait pas laisser en doute la nature du contenu.

La suppuration persista quelque temps avec fièvre et aggravation de l'état général, ce qui décida à intervenir plus largement.

Le 11 octobre 1897, la malade est endormie à l'éther et M. Ménard fait une large incision au-dessus de la crête iliaque droite, oblique en bas et en dehors, parallèlement aux dernières côtes, puis on pénètre dans une cavité fongueuse se prolongeant jusqu'à la fosse iliaque derière le cæcum, et d'où l'on retire des produits de mortification avec une petite masse jaunâtre qui a l'odeur des matières stercorales. On porte le diagnostic d'appendicite chronique probable, sans chercher la perforation appendiculaire, et l'on se contente, pour ne pas prolonger les manœuvres opératoires, de drainer la plaie, dont les lèvres sont raprochées par quelques points de suture.

Les suites immédiates furent assez bonnes ; la fièvre, à peu près constante jusque-là, tomba aussitôt et les phénomènes inflammatoires se calmèrent ; la plaie se referma et il ne resta plus qu'une petite fistule à sa partie supérieure par où s'écoulait une légère quantité de pus et de matières étrangères à odeur stercorale.

Néanmoins, les forces de la malade tardaient à revenir et l'état général ne semblait pas beaucoup s'améliorer ; c'est à ce moment, au mois de janvier 1898, qu'un nouvel abcès apparaît un peu plus bas, au niveau de la fesse, au-dessous de la cicatrice opératoire avec les mêmes phénomènes inflammatoires que le premier et qu'on incise ; puis les matières stercorales qui, jusque-là, n'avaient que légèrement souillé le pansement, commencent à être rendues en quantité notable, par ce véritable anus contre nature spontané. Les fèces ne sont, en effet, drainées qu'en partie par cette ouverture, car la malade rend encore par l'anus, des selles assez abondantes.

Cet état persista jusqu'au mois de mai, où les parents voulurent bien donner l'autorisation d'opérer.

L'état général de la malade laissait beaucoup à désirer ; le teint était mat, de couleur terreuse et l'amaigrissement assez prononcé ; les forces tombaient de jour en jour.

La digeslion, quoique difficile par moments, n'était jamais troublée par des vomissements et il n'y avait ni diarrhée ni constipation.

A l'auscultation, on ne trouvait qu'une simple diminution du murmure vésiculaire à droite et à gauche sans signes stétoscopiques appréciables. Il n'y avait aucun bruit de souffle au cœur. La malade se plaint seulement de difficultés à respirer pouvant même aller jusqu'à la suffocation ; elle n'expectore pas et ne tousse jamais, mais ne peut parler qu'à voix basse.

Les urines, examinées plusieurs fois, n'ont jamais révélé d'albumine.

Enfin, elle n'a jamais eu de maux de tête et porte, au niveau de la joue gauche, une large cicatrice blanchâtre, reste d'un ancien nœvus vasculaire traité au thermo-cautère.

Opération. — Le 18 mai 1898, la malade est de nouveau endormie à l'éther, et M. Ménard pratique, au niveau de l'ancienne cicatrice, une incision allant de la fistule supérieure jusqu'à 2 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, en se guidant sur la sonde cannelée qui a servi à sonder la plaie.

Après incision des parties molles superficielles, on tombe dans une cavité irrégulière, véritable cloaque lombaire au fond duquel on aperçoit la fistule intestinale appartenant vraisemblablement au côlon ascendant et formant une bouche à bords irréguliers, froncés et renversés en dehors à direction oblique externe en bas, et assez large pour laisser passer le pouce.

La grande séreuse péritonéale n'est pas ouverte et l'on dissèque avec soin, tout autour de l'ouverture intestinale, pour obtenir une plus large surface de suture.

En outre, afin de donner plus de jour et de combler la poche lombaire par le rapprochement des deux lèvres de la plaie, on résèque à la pince-gouge une large partie de l'os iliaque, puis on procède à la fermeture de l'intestin à l'aide de quatre plans de suture superposés, en surjet, à la soie ; le premier plan seul est muqueux et les autres sont destinés à rendre l'orifice absolument étanche. On détermine ainsi une sorte de cupule en doigt de gant, rentrant dans l'intestin en y faisant hernie.

Cela fait, on enlève à la curette toutes les parties molles fongueuses qui formaient les parois de la cavité, sans trouver aucun orifice ni aucun autre point fistuleux.

On arrondit les angles des surfaces osseuses réséquées, puis on suture les téguments au crin de Florence, tout en ménageant deux ouvertures pour l'introduction de deux drains, l'un descendant en bas jusqu'au niveau de la fosse iliaque, derrière le cæcum, et l'autre dans la poche même de l'abcès.

On fait un pansement compressif à l'iodoforme et l'on donne à la malade une position convenable, pour éviter la tension trop grande des fils qui, même après la résection de l'aile iliaque, n'ont pu que difficilement rapprocher les parois de l'abcès.

La malade, opérée dans un état assez grave, se refroidit un peu au cours de l'opération. Son pouls est rapide, filiforme, imperceptible par moments.

On la recouvre d'une alèze chaude et on lui fait une injection de caféine.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, on fait à la

malade une injection de 250 grammes de sérum artificiel de Hayem, au niveau de la cuisse gauche, et les jambes sont ouatées.

On ordonne 10 pilules d'opium de 1 centigramme chacune, à avaler d'heure en heure, et on lui fait prendre une cuillerée de champagne de temps en temps.

Le soir, la température monte à 38° et le pouls à 110°.

19 *mai*. — La nuit a été bonne, mais la malade est affaiblie, elle n'a eu ni selles, ni vomissements et ne souffre pas.

On cesse l'usage de l'opium et on l'alimente avec du champagne.

T. m., 37°,6 ; T. s., 38°,6.

20. — La malade a rendu sans lavement une première selle blanchâtre, non liquide, sans mélange de sang ou de pus.

T. m., 37°,6 ; T. s,. 38°,5.

21. — L'état reste stationnaire.

On n'a pas continué les injections de sérum, car la malade semble plutôt se relever.

La plaie a suinté un peu et l'on doit ajouter de nouvelles couches d'ouate.

On obtient sans lavement une deuxième selle peu abondante, sans caractère particulier, et on ordonne un œuf sans pain.

Le pouls est fréquent et d'amplitude normale.

T. m., 37°,4 ; T. s., 38°,6.

22. — Au matin, la malade ne va pas mal. Le ventre est souple, non ballonné et elle n'a pas eu de vomissements.

La température matinale est de 38°,6, et vers les 3 heures de l'après-midi, la malade eut une selle très douloureuse, avec tremblement nerveux de tout le corps qui faillit amener une syncope.

Le soir, à 8 heures, elle eut une perte de connaissances avec lèvres violacées et phénomènes convulsifs.

La température monte à 39°.

La nuit est agitée et les douleurs semblent augmenter jusqu'au matin, où la malade meurt à 6 heures dans le coma.

En la nettoyant aussitôt, on constate qu'elle rend par l'anus une certaine quantité de pus et de sang.

Autopsie. — Elle est faite 24 heures après la mort. En ouvrant le ventre, on trouve le grand épiploon normal qu'on relève et la séreuse péritonéale absolument saine; les deux feuillets sont libres et ont conservé leur poli ; les anses intestinales ne sont ni dilatées ni vascularisées; il n'y a pas de liquide dans la séreuse.

Du côté du cæcum, qui est petit et comme rétracté, on ne trouve rien d'anormal, mais en l'attirant en dehors on aperçoit entre lui et la paroi l'appendice qui paraît sain, presque verticalement dirigé en dehors et en haut; on essaie mais vainement de l'attirer à soi.

On se rend compte alors des rapports de la plaie lombaire et de la plaie intestinale et l'on remarque que la fistule siège au niveau du côlon ascendant, sur la face postéro-externe et à un centimètre et demi environ au-dessous de l'angle du côlon ascendant et transverse ; mais il est encore impossible de voir l'ouverture soupçonnée de l'appendice sous la plaie.

On résèque alors le côlon ascendant en haut et l'intestin grêle à quelques centimètres de la valvule de Bauhin, puis en circonscrivant à la fistule intestinale une collerette de tissu lombaire, on peut aisément, pièce en main, se rendre compte des lésions.

Sous un filet d'eau, on aperçoit assez nettement, à l'extrémité inférieure de la plaie, un petit orifice qui n'est autre que l'extrémité de l'appendice perforé et l'on peut, en même temps, se rendre compte que la suture intestinale n'a pas lâché.

Pour rendre plus visible cet orifice appendiculaire à bords arrondis, on fait une incision en œil à la partie moyenne de l'appendice et on introduit une ficelle qu'on fait ressortir par en haut comme le montre très clairement le dessin ci-joint (V. fig. 1).

A l'examen macroscopique, l'appendice semble sain dans tout le reste de son étendue; il est blanc, sans rétrécissement apparent, mais soudé plus ou moins intimement au cæcum par des adhérences. On s'assure de sa perméabilité en introduisant un stylet dans son intérieur; quand on l'ouvre, la muqueuse semble saine et la lumière du conduit n'est pas obstruée.

Sa longueur est de 6 centimètres et l'angle aigu qu'il forme avec le cæcum est à peu près nul.

Son extrémité supérieure s'ouvre à 1 centimètre et demi au-dessous de la fistule, environ à la limite inférieure de la zone d'adhérence des deux feuillets péritonéaux fusionnés sur une surface large comme une pièce de 5 francs environ et dont la limite supérieure se trouvait à 2 centimètres environ au-dessous de l'extrémité du rein droit; l'appendice était ainsi ouvert à ses deux extrémités.

En ouvrant le gros intestin, manifestement rétréci au niveau du cæcum, dont le rôle de réservoir était, en effet, singulièrement diminué par le drainage lombaire des matières stercorales, on se rend d'abord compte qu'il n'y a pas obstacles au cours des matières au niveau de la suture, et en outre, on aperçoit trois ulcérations cæcales à différentes périodes de leur évolution et affectant la forme d'un triangle situé à un centimètre au-dessous de la fistule et en dedans d'elle (Voir fig. 2). La supérieure, qui est la plus grande et la plus profonde, montre une destruction complète de la muqueuse, mais sans perforation. On ne trouve pas de ganglions iliaques prévasculaires tuméfiés.

Nous avons cherché dans les autres segments du tube intestinal l'exis-

tence d'autres ulcérations ; mais il nous a été impossible d'en trouver ni sur l'intestin grêle ni sur le reste du gros intestin.

En quelques points seulement, la vascularisation est plus intense.

Signalons, en outre, la présence vers le milieu de l'intestin grêle d'un ascaris lombricoïde de 10 centimètres environ et pelotonné.

La muqueuse stomacale est saine.

Examen des autres organes. — Le foie pèse 1.050 grammes Il descend très bas, empiétant même de 1 centimètre sur la crête iliaque, de sorte que la fistule intestinale était profondément cachée sous la face inférieure. Il ne renferme pas d'abcès, et, à la coupe, on le trouve fortement chargé de graisse.

La rate pèse 85 grammes ; elle est saine.

Les deux reins pèsent, le droit 85 grammes et le gauche 90 grammes, celui-ci descendant plus bas que l'autre, et de forme allongée.

On trouve à leur surface quelques tâches de tissu graisseux, mais ils sont sains à la coupe.

Le pancréas pèse 80 grammes et est sain ; mais on trouve, faisant saillie au-dessus de son bord supérieur qu'il déprime, un énorme ganglion tuberculeux de la grosseur d'une mandarine, et entouré d'autres ganglions moins gros formant à ce niveau toute une masse tuberculeuse mamelonnée au-dessus de la première portion horizontale du duodénum.

Enfin, on trouve quelques ganglions mésentériques tuméfiés.

A l'ouverture du thorax, on trouve les ganglions de la chaîne mammaire interne tuméfiés, surtout à droite où il y en a deux de la grosseur d'une fève au niveau des 2e et 4e côtes ; puis, en introduisant la main dans les plèvres, on déchire des deux côtés de nombreuses adhérences entre les deux feuillets, surtout au niveau du diaphragme et de la face costale externe.

La péricarde renferme 30 grammes de liquide citrin.

Le cœur pèse 110 grammes, et renferme un gros caillot blanc gris au centre et rouge à la périphérie, remplissant l'oreillette droite.

Les deux poumons pèsent 358 grammes ; 198 pour le droit, et 160 pour le gauche.

Nous y avons fait des coupes et nous n'avons pu trouver, en cherchant bien, que quelques granulations très discrètes au sommet gauche.

Le médiastin est rempli par une tuméfaction ganglionnaire énorme.

Il pèse 250 grammes et les trois groupes pré-trachéo-bronchiques droit et gauche et inter-trachéo-bronchique sont chacun de la grosseur d'un œuf de poule. De même, le pédicule pulmonaire est envahi par la tuméfaction de tous les ganglions du hile, qui se prolongent avec les ganglions bronchiques ne formant plus à ce niveau qu'une énorme masse ganglionnaire rétrécissant le calibre des bronches surtout à gauche, et

qui, à la coupe, présentent une coloration noire avec dépôts crétacés abondants.

Le cervelet, sain, pèse 195 grammes.

Les hémisphères cérébraux pèsent 1. 025 grammes et sont également sains,

Il n'y a pas de méningite, mais les ventricules renferment une assez grande quantité de liquide citrin pâle.

Obs. XXXIV et XXXV. — *La péritonite aiguë par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse* (R. Oppenheim et Ch. Laubry, *Arch. gén. de Médecine*, 1899 p. 642).

Obs. I. — D... (Yves), 43 ans, entre le 28 mai 1898 dans le service de notre maître M. le docteur Caussade, hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, lit n° 19, pour une bronchite qui dure depuis deux ans. Il toussait chaque hiver, mais depuis quelques mois sa toux devient plus fréquente et s'accompagne d'hémoptisies peu abondantes, mais répétées. Son état général devient mauvais, il perd l'appétit, dort peu, a des sueurs nocturnes et maigrit rapidement.

Cet amaigrissement est surtout marqué depuis quinze jours, époque à laquelle il a été pris, sans douleurs, sans troubles digestifs antérieurs, d'une diarrhée persistante et rebelle à tout traitement. Il a trois ou quatre selles par jour, et plusieurs pendant la nuit. Elles sont peu abondantes, plutôt séreuses, de couleur jaune noirâtre. Jamais il n'a eu de vrai melœna, mais à plusieurs reprises ses selles ont été striées de filets sanglants. Jamais il n'a eu de selles glaireuses ou contenant des aliments non digérés. Pas de vomissements.

Antécédents héréditaires et personnels. — Avant ses bronchites, il n'eut jamais de maladie grave. Sa femme est bien portante. Père également en bonne santé. Mère morte de tuberculose pulmonaire.

A l'examen du malade, on note une température normale, succédant à une légère hyperthermie (38°,5) de la veille, pouls à 72.

Au thorax, on remarque, outre l'amaigrissement marqué du malade, en avant et à droite, une dépression sous-claviculaire avec diminution notable de l'amplitude respiratoire, sonorité exagérée de ce côté, alors qu'à gauche la matité est franche. La percussion est d'ailleurs douloureuse. A l'auscultation, on entend au sommet droit un souffle caverneux accompagné de gargouillement ; au sommet gauche, une respiration soufflante avec craquements et frottements s'étendant vers l'aisselle, mais non du côté de la base. En arrière, les signes sont aussi accusés à gauche, mais à droite, il existe au sommet un souffle doux, et plus bas, des râles sous-crépitants fins, s'étendant vers la base.

Rien au cœur.

Foie et rate normaux.

La langue est blanche, sans caractères spéciaux. Le ventre est souple, non douloureux, avec gargouillement surtout marqué dans la fosse iliaque droite. L'examen des selles confirme les renseignements fournis par le malade.

Les testicules sont sains.

En somme, le diagnostic s'impose. Tuberculose pulmonaire à la troisième période avec entérite tuberculeuse au début. On institue un traitement approprié : régime lacté partiel, pulvérisations créosotées et décoction de Sydenham contre la diarrhée.

Du 28 mai au 18 juin, le malade reste soumis au même régime pendant environ trois semaines, sans que rien de notable soit constaté dans son état, à part quelques phénomènes d'intolérance gastrique. Des vomissements surviennent à plusieurs reprises, à de longs intervalles ; ils sont précédés de nausées et ne paraissent pas succéder à des efforts de toux ; ils contribuent aux progrès de l'amaigrissement.

On modifie plusieurs fois le traitement antidiarrhéique en donnant successivement du bismuth, du laudanum, des pilules de nitrate d'argent, sans obtenir de résultats satisfaisants.

Le 18 juin (soir). La température, qui jusque-là, s'était maintenue dans le voisinage de la normale, s'élève brusquement à 38°,5. Cet incident attire notre attention à la contre-visite, d'autant plus que cette ascension thermique se traduit chez le malade par un malaise général (légers frissons, sueurs, céphalalgie peu intense, langue sale). Le pouls est à 90.

Rien au cœur.

Le ventre est toujours souple et non douloureux à la palpation.

Du côté des poumons, les signes stéthoscopiques ne sont pas modifiés. Nous songeons cependant à une poussée aiguë des lésions pulmonaires pour expliquer cette subite aggravation de l'état du malade.

Du 20 au 23 *juin*. On note la persistance de l'état fébrile, sans rémission matutinale notable ; le pouls oscille entre 100 et 116. La diarrhée est toujours persistante, les selles, plus fréquentes, sont fétides et sanguinolentes, et s'accompagnent de coliques légères et de vomissements alimentaires ; mais comme ceux-ci existent depuis longtemps, on ne songe en aucune façon à incriminer le péritoine et le diagnostic reste le même, la gravité de l'état général paraissant sous la dépendance d'une poussée aiguë pulmonnaire et intestinale.

Le 23 la température tombe brusquement au-dessous de la normale à 36°,5. Cette chute n'est accompagnée d'aucune douleur abdominale ; le ventre est légèrement ballonné et sonore à la percussion: aucun point n'en est spécialement sensible. Le malade a d'ailleurs toute sa connaissance; il répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui pose.

Le pouls est faible et rapide. Cependant notre maître, M. le docteur Caussade, insistant sur la brusque chute de la température et s'appuyant sur ce seul signe, croit pouvoir affirmer l'existence d'une péritonite aiguë par perforation. Traitement : glace et opium.

24 Pendant la nuit, le malade a été agité ; insomnie avec délire tranquille. Le matin la température est toujours basse (36°,5), le pouls est filiforme et incomptable ; les extrémités refroidies. Le ventre est nettement ballonné ; il y eu quelques vomissements alimentaires. Le malade meurt à 3 heures et demie du soir.

Autopsie le 26 juin. — Ouverture de la cavité thoracique : adhérences pleurales unissant les plèvres pariétales et viscérales et surtout marquées à droite.

Le poumon droit est entièrement farci de granulations tuberculeuses, d'autant plus confluentes qu'on se rapproche davantage du sommet. Celui-ci est creusé de plusieurs petites excavations du volume d'une noisette, les unes vides, les autres pleines d'un liquide purulent.

Au sommet gauche, lésions tuberculeuses moins avancées. Cœur petit sans lésions appréciables.

Aorte normal.

Ouverture de la cavité abdomidale. Les anses intestinales sont distendues et fortement congestionnées ; elles sont poisseuses au palper, recouvertes d'un exsudat fibrineux, plus consistant en certains points où il prend franchement l'aspect de fausses membranes. Celles-ci sont minces, effilées et s'étendent sur plusieurs anses intestinales. Les mêmes fausses membranes se retrouvent sur toute l'étendue du péritoine pariétal, qui dans l'intervalle apparaît rouge et fortement injecté. Il n'y a pas de pus dans le petit bassin.

En soulevant avec précaution les anses superficielles, on aperçoit, à faible distance de la terminaison de l'iléon, un territoire plus fortement congestionné, sorte de plaque violacée et noirâtre, au niveau de laquelle on voit sortir de l'intestin une petite quantité de liquide louche, brunâtre et quelques bulles de gaz. L'orifice qui livre passage à ces matières est presque imperceptible tant qu'on n'examine l'intestin que par sa face externe. On ouvre alors l'iléon et l'on constate sur sa face interne l'existence d'un grand nombre d'ulcérations. Celles-ci siègent au voisinage de la terminaison de l'intestin grêle, et envahissent également le cæcum et le côlon ascendant jusqu'à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen.

Dans l'iléon, elles occupent très manifestement les plaques de Peyer ; allongées dans le sens longitudinal, elles ressemblent aux ulcérations typhiques. Leur fond est noirâtre, irrégulier, leurs bonds décollés, friables, à contours mal limités. A côté de ces ulcérations, on en trouve de dimensions moins considérables, les unes folliculaires, les autres

circulaires et entourées de fines granulations, répondant en un mot au type classique de l'ulcération tuberculeuse de l'intestin.

La partie de l'iléon où paraît siéger la perforation est soigneusement détachée; en l'exposant à la lumière, on aperçoit très nettement une solution de continuité dont les dimensions ne dépassent pas celles d'une tête d'épingle et qui siège au centre d'une ulcération en plaque. Le point perforé est limité par une zone transparente d'un demi-centimètre de rayon, constituée par la tunique séreuse qui seule a été respectée à ce niveau. Au pourtour de la perforation, l'examen à la loupe permet d'apercevoir quelques fines granulations.

A la face externe de l'intestin, on n'aperçoit pas de granulations ; mais on voit partir du bord mésenterique quelques traînées de lymphangite qui aboutissent à des ganglions hypertrophiés et de consistance très dure. Quelques-uns, plus volumineux, contiennent de petits nodules tuberculeux.

Le foie est légèrement hypertrophié; il ne présente pas de noyaux à la coupe, mais il paraît atteint de dégénérescence graisseuse.

La rate est normale.

Les reins se décortiquent facilement et ne paraissent pas altérés.

Obs. II. — Pl..., Mathias, âgé de 65 ans, tailleur. — Entre le 18 décembre 1898, salle Dupuytren (service de M. le docteur Blum.)

Le 18 décembre 1898, nous recevons à 4 heures du matin un malade

âgée de 65 ans et qui est envoyé avec le diagnostic d'accidents gastro-intestinaux aigus.

Ce malade nous raconte que, depuis la veille au matin, il ressent de vives douleurs abdominales ; celles-ci l'ont pris brusquement, à la suite (dit-il) d'un léger écart de régime fait à son dernier repas.

Depuis ce moment, il n'a pu aller à la selle et n'a pas eu d'émission de gaz ; mais il n'a pas eu non plus de vomissements. Les accidents sont survenus au cours d'une santé parfaite.

Dans ces antécédents, le malade ne peut mentionner qu'une crise analogue, il y a trois semaines, et qui aurait cédé au bout de deux jours à une médication anodine (cataplasme, purgation, etc..(

Il y a plusieurs années, il a eu, dit-il, à différentes reprises, des bronchites répétées, mais légères, et qui n'ont jamais nécessité un traitement sérieux.

En l'examinant, nous constatons un facies grippé, les yeux, excavés, sont entourés d'un cercle bleuâtre ; le sillon naso-labial est creusé profondément. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, recouverte en son centre d'un enduit blanchâtre, sèche sur toute son étendue.

Le pouls est à 120 avec quelques irrégularités ; les artères sont athéromateuses.

La température prise au moment de l'entrée est de 36°,8 dans le rectum.

L'examen de l'abdomen dénote l'existence d'une douleur très vive dans toute la portion sous ombilicale du ventre avec hypéresthésie cutanée manifeste. La douleur est diffuse, sans qu'un examen minutieux fasse découvrir de point spécialement plus sensible.

Il n'y a pas de météorisme. La percussion donne une sonorité normale dans toute l'étendue de l'abdomen, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche et de la région sus-pubienne où l'on constate une légère submatité.

La constipation est absolue depuis deux jours.

Le malade n'a pas uriné non plus depuis vingt-quatre heures. Les vomissements, qui avaient fait défaut jusqu'alors, apparaissent pendant qu'on le couche. En l'espace de deux heures le malade est pris à trois reprises de vomissements verdâtres sans odeur fécaloïde ; en même temps surviennent du hoquet et une gêne respiratoire assez accusée.

L'examen des divers organes ne donne rien de particulier. Il n'y a pas des phénomènes stéthoscopiques anormaux du côté du poumon et du cœur ; le foie est de volume normal, non douloureux à la palpation.

Le toucher rectal est négatif.

Les anneaux inguinaux et cruraux sont libres.

En présence de ces signes, le diagnostic ne peut se poser qu'entre l'étranglement interne et la péritonite aiguë ; si la suppression complète des matières et des gaz plaide en faveur de la première hypothèse, l'existence d'une zone de matité dans la portion inférieure de l'abdomen démontre la présence d'un léger épanchement dans la cavité péritonéale : c'est ce qui nous permet d'incliner vers l'hypothèse de la péritonite.

Dès son arrivée à l'hôpital, notre maître, M. le docteur Blum, confirme notre diagnostic et décide l'intervention immédiate.

Opération pratiquée le 18 décembre, à neuf heures. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du ventre, il s'écoule un jet de liquide purulent, mélangé de matières stercorales, liquides, le tout d'une odeur nettement fécaloïde.

Ce liquide paraît provenir du petit bassin.

Les anses intestinales accessibles à la vue sont agglutinées, injectées, couvertes de fausses membranes jaunâtres, épaisses et molles.

On dévide l'intestin sur une certaine longueur sans pouvoir découvrir de perforation.

L'appendice est en situation normale et ne paraît pas malade.

On pratique un lavage de la cavité abdominale à l'eau bouillie et on

suture la plaie en drainant largement.

Aussitôt après l'opération, on donne au malade une forte dose d'opium pour immobiliser l'intestin et tâcher de limiter l'issue des matières dans la cavité péritonéale.

Pendant toute la journée, les vomissements continuent, le pouls devient filiforme, les extrémités se refroidissent; la température est, le soir, à 57°,5 dans le rectum.

La malade meurt le soir à 9 heures.

A l'autopsie, faite le 20 décembre, trente-six heures après la mort, nous constatons l'existence d'une péritonite généralisée.

Les anses intestinales, dans toute l'étendue de l'abdomen, sont agglutinées entre elles et recouvertes d'épaisses fausses membranes d'une coloration jaune verdâtre. Dans les points où les fausses membranes font défaut, l'intestin apparaît d'une coloration lie de vin.

Pas de granulations tuberculeuses.

Dans les parties déclives de l'abdomen et dans le petit bassin, il y a une grande quantité (un litre à un litre et demi) de liquide brunâtre mélangé de grumeaux, d'odeur fortement fécaloïde.

En déroulant l'intestin grêle, on trouve, à 15 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, un petit orifice circulaire de la dimension d'une tête d'épingle et en partie caché par une fausse membrane formant clapet, ce qui explique qu'il a échappé aux investiguations faites pendant l'intervention chirurgicale.

Cette perforation siège sur la paroi latérale de l'intestin grêle à égale distance du bord libre et du bord mésentérique.

L'intestin étant ouvert, nous trouvons sur la face interne, au point correspondant à la perforation, une ulcération annulaire qui fait le tour complet de l'intestin; le calibre est d'ailleurs à ce niveau légèrement rétréci. Cette ulcération mesure environ 2 centimètres dans le sens de la longueur, ses bords supérieur et inférieur présentent un contour irrégulier, dentelé; ils sont surelevés d'au moins 3 millimètres au-dessus de la muqueuse des portions saines qui les limitent; à la surface de l'ulcération, dont le fond fermé par la tunique musculeuse présente une coloration d'un gris verdâtre, on distingue un semis de points blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle, abondant surtout au voisinage des bords de l'ulcération et qui donnent l'impression de fines granulations tuberculeuses.

Au centre de l'ulcération, à peu près à distance égale du bord libre et du bord mésentérique, de l'extrémité inférieure et de l'extrémité supérieure, on distingue la perforation en forme d'entonnoir. L'ouverture la plus large, mesurant 2 à 3 millimètres de diamètre, est tournée du côté de la muqueuse.

Les autres portions de la muqueuse de l'intestin grêle, depuis le duo-

dénum jusqu'à l'ulcération que nous venons de décrire, et depuis celle-ci jusqu'à la valvule iléo-cæcale, sont absolument normales; le cæcum présente à sa face interne, sur la paroi postérieure, une ulcération irrégulière, polycyclique en forme de fer à cheval, à bords festonnés et surélevés, peu profonde; le fond, de coloration blanchâtre, est couvert, dans toute son étendue et surtout au voisinage des bords, d'abondantes granulations qu'on ne distingue qu'à la loupe.

L'appendice vermiculaire ne présente pas de lésions, non plus que le gros intestin.

Les ganglions mésentériques sont volumineux et l'un d'eux nettement caséeux.

Les autres organes de la cavité abdominale, foie, rate, reins paraissent normaux,

Les poumons présentent à leur sommet quelques adhérences pleurales avec la paroi thoracique.

A la coupe, on constate particulièrement au sommet du poumon droit l'existence de quelques tubercules crétacés, entourés d'une zone de tissu fibreux. Il n'y a pas d'excavation.

Les résultats de l'autopsie n'étaient pas d'une interprétation difficile. La péritonite suraiguë, qui avait emporté le malade, résultait évidemment de la perforation, au niveau de la portion terminale de l'iléon, et celle-ci relevait très probablement d'une ulcération tuberculeuse.

La forme annulaire de l'ulcération, l'existence à sa surface et au niveau de l'ulcération cæcale d'un semis de granulations, l'altération des ganglions mésentériques, l'existence au sommet des poumons de lésions de tuberculose fibreuse ancienne, étaient autant d'arguments qui plaidaient pour l'hypothèse de la tuberculose intestinale.

L'examen microscopique et bactériologique vint confirmer le diagnostic.

Tout d'abord, un frottis de lamelles, fait avec le produit de râclage de la surface de l'ulcération, nous permet de déceler l'existence à ce niveau de bacilles de Koch.

Après inclusion à la paraffine et coloration à l'hématéine-éosine de fragments de l'intestin malade, nous constatons : au niveau de l'ulcération du cæcum, l'atrophie des cul-de-sac glandulaires; les fibres musculaires sont dissociées, remplacées en majeure partie par du tissu embryonnaire, dans l'épaisseur duquel on découvre un grand nombre de nodules tuberculeux avec des cellules géantes typiques.

Au niveau du péritoine, il n'y a plus de tubercules; mais on trouve un épaississement considérable de la séreuse avec des amas de cellules embryonnaires enserrées dans un réseau fibrineux, ce qui répond bien aux lésions de péritonite aiguë constatées à l'examen microscopique.

Au niveau de l'ulcération de l'iléon, au voisinage de la perforation, les

fibres musculaires et la couche des glandes ont complètement disparu ; il n'existe plus, en dehors de la séreuse épaissie et présentant les mêmes altérations que sur les coupes du cæcum, qu'une couche conjonctive parsemée de nodules tuberculeux de dimension variable avec des amas de cellules géantes et épithélioïdes.

En un point plus éloigné de la perforation et plus rapproché des bords de l'ulcération, les fibres musculaires sont conservées et permettent d'orienter la préparation. On trouve le péritoine épaissi avec infiltration embryonnaire abondante. Les fibres musculaires sont dissociées par place par des amas de cellules embryonnaires.

La muqueuse a conservé ses culs-de-sacs glandulaires et par place on distingue encore le squelette conjonctif des villosités. Dans le tissu cellulaire sous-muqueux et entre les faisceaux musculaires, on trouve encore un certain nombre de follicules tuberculeux, de volume variable.

Sur plusieurs coupes du cæcum et de l'iléon colorées par la méthode de Kuhne (Ziehl, chlorydrate d'aniline, et recoloration par la thionine ou le procédé de Nicolle par le bleu de méthylène et le tannin), on trouve des bacilles au centre des follicules tuberculeux et des cellules géantes. La démonstration est donc complète ; il s'agit d'une entérite tuberculeuse ayant déterminé une perforation de l'intestin suivie d'une péritonite généralisée, laquelle a emporté le malade en moins de quarante-huit heures.

CONCLUSIONS

Le segment iléo-cæcal de l'intestin occupe dans l'abdomen une situation soumise à de nombreuses variations.

Il n'y a pas une situation normale du segment iléo-cæcal, il y a des situations typiques, c'est-à-dire de plus grande fréquence, au nombre de trois : haute, moyenne, basse et des situations atypiques, impossibles à prévoir, où le segment iléo-cæcal peut être trouvé n'importe où dans l'abdomen.

La disposition du péritoine qui revêt le segment iléo-cæcal est éminemment variable.

Il n'y a pas deux dispositions péritonéales absolument semblables. Il y a une disposition typique ou de plus grande fréquence, laissant à l'iléon et au cæcum une mobilité assez grande pour être facilement extériorisés et des dispositions atypiques qui, au point de vue de l'extérioration chirurgicale de l'anse, peuvent être dites favorables ou défavorables, suivant que le cæcum et l'iléon se trouvent rendus plus mobiles ou moins mobiles que dans la disposition typique.

Dans certains cas, l'iléon seul, ou le cæcum seul, ou les deux à la fois, se trouvent étroitement accolés à la paroi abdominale postérieure, ce qui crée certaines difficultés pour les extirper.

Dans d'autres enfin, on les trouve plus ou moins dépourvus de péritoine et parfois placés dans une masse herniaire.

C'est sur ce segment d'intestin que la tuberculose s'installe volontiers pour créer des lésions assez diverses auxquelles nous reconnaîtrons quatre formes justiciables d'un traitement chirurgical approprié :

1° Forme fibro-adipeuse, hypertrophique, sténosante ou non;

2° Forme fibreuse d'emblée, atrophique, essentiellement sténosante ;

3° Forme ulcéro-caséeuse, perforante et destructive avec suppuration ;

4° Forme d'ulcération simple, perforante ou sténosante.

Et nous proposons d'appliquer à ces lésions :

1° La résection du segment iléo-cæcal pratiquée par une incision médiane de laparotomie et suivie d'entéro-anastomose, latéro-latérale et de préférence d'iléo-sigmoïdostomie ;

2° L'exclusion bilatérale du segment iléo-cæcal.

a) Avec fermeture des deux bouts de l'anse exclue, s'il y a une fistule préexistante, qu'on agrandirait si elle paraissait insuffisante ;

b) Avec abouchement à la peau du bout proximal de l'anse exclue si elle est courte ;

c) Avec abouchement à la peau des deux bouts de l'anse si elle est longue et très malade ; avec anastomose latéro-latérale et de préférence iléo-sigmoïdienne, pour rétablir la continuité de l'intestin ;

3° La suture de l'intestin au niveau de la perforation créée par une ulcération tuberculeuse simple ou même la résection ou l'extériorisation de quelques centimètres d'intestin, si le mauvais état des tuniques intestinales autour de la perforation rend la suture impossible ou incertaine.

4° L'entéro-anastomose latérale et de préférence l'iléo-sigmoïdostomie. dans le cas où une intervention rapide est devenue nécessaire pour combattre la sténose intestinale chez un malade très affaibli, ou en crise d'occlusion aiguë, du fait d'une tuberculose iléo-cæcale.

Ultérieurement, on ferait la résection ou l'exclusion bilatérale du segment iléo-cæcal si l'état du malade le permettait.

Les tableaux I et II montrent les résultats satisfaisants qu'ont donné jusqu'à ce jour la résection totale et l'exclusion bilatérale du segment iléo-cæcal pour tuberculose. Ces résultats, fort encourageants, deviendront meilleurs encore, sous le couvert d'une technique et d'une asepsie de plus en plus rigoureuses, mises en œuvre avec opportunité chez des malades bien préparés.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Apert, *Presse médicale*, 14 déc. 1898.
Anscher, *Bul. soc. anat.* Paris, 1895.
Aynès, *Recherches et considérations sur le typhlite et l'appendicite tuberculeuses.* Th. Bordeaux, 1895.
Baillet, *la Résection du segment iléo-cæcal.* Th. Paris, 1894.
Beck, *Annals of. Burgery*, 1884.
Becker, *Deutsche Zeit. für chir.*, vol. XXXIX.
Benoit, *Tuberculose locale de la région iléo-cæcale.* Th. Paris, 1893.
— *Gazette des Hôpitaux*, avril 1898.
Bouilly, *Congrès français chirur.*, 1889.
— *Bul. Soc. chir.*, 2 mars 1892.
Broca, *Gaz. hebdomad.*, 27 février 1892.
— *Bul. Soc. anat.*, 4 mars 1892.
Broca et Hartmann, *Bul. Soc. anat.*, 4 mars 1892.
Carel, *Résection de l'anse iléo-cæcale.* Th. Paris, 1897.
Cathelin, *Presse médic.*, 20 juillet 1898.
Caussade et Charrier, *Arch. génér. méd.*, 1899.
Chavannaz et Carrière, *Journ. de méd. Bordeaux*, 6 juin 1897.
Claude, *Soc. biol.*, 2 déc. 1898.
Conrath, *Beiträge für Klin. Chir.*, 1898.
Coquet, *Des tumeurs cœcales tuberculeuses.* Th. Paris, 1894.
Courtilier, *Bul. Soc. anat.*, 12 juin 1896.
Czerny, *Beiträge für Klin. Chir.*, 1890.
— *Beiträge für chir.*, 1892.
Darier, *Bul. Soc. anat.*, février 1890.
Dieulafoy, *Sem. médic.* du 8 octobre 1902.
Duguet, *Bul. Soc. anat.*, février 1890.
Eiselsberg, *Arch. de Langenbeck*, 1897.
Estor, *Rev. génér.*, Montpellier, 1892.
Frank, *Wiener Klin. Woch.*, 1892.
Funke, *Prag. mde. Woch.*, n° 32, 33.
Gayet, *Prov. méd.*, Lyon, 1900.
Gérard-Marchant, *Bul. Soc. chir.*, 2 janvier 1900.
— *Chirurgie du gros intestin* (collection Ricard et Rochard).
Girode, *l'Intestin des tuberculeux.* Th. Paris, 1888.
Hartmann, *Cong. franc. de chirg.*, 1903.
Hartmann et Pilliet, *Bul. Soc. anat.*, 31 juillet 1891.
Hérard, Cornil et Hanot, *Traité de la phtisie pulmonaire.*
Hofmokl, *Wien. Klin. Woch.*, 1890.
Itié, *De la tuberculose intest. à forme hypertrophique.* Th. Montpellier, 1892.

Israël, *Charité annalen*, 1884, p. 104.
Jalaguier, *Trait. de chir.*, de Duplay et Reclus.
Kammerer, *Centralbt. für Chir.*, *n°* 19, 10 mai.
Korte, *Arch. für Klin. Chir.*, Berlin, 1894.
— *Deust. Zeit. für Chir.*, vol. XL.
Lance, *Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin.* Th. Paris, 1903.
Lavisé, *Annales de la Société belge de chir.* Bruxelles, 1898.
Le Bayon, *De la Typhlite tuberculense chronique.* Th. Paris 1892.
Letulle, *Bul. Soc. anat.*, 2 décembre 1898.
Machaud, *Contribution à l'étude du traitement opératoire des affections du cæcum.* Genève, 1899.
Marchand. *Bul. Soc. chir.*, 16 mars 1892.
Marie, *Bul. Soc. anat.*, 15 juin 1894.
Maydl, *Wiener méd. Zeitung*, 1887.
Obalinski, *Centralbl. für Chir.*, 1894, n° 49.
Peyrot, 14e *Congrès français de chirurgie.*
Pilliet, *Bul. Soc. anat.*, 27 nov. 1891.
Quénu et Judet, *Rev. chirurg.*, 1902.
Reclus, *Bul. Soc. chir.*, 15 juin 1892.
Reynier, *Bul. Soc. chir.*, du 2 mars 1892.
Roskoschny, *Deut. Zeit. für Chir.* Leipzig, p. 407.
Routier, *Bul. Soc. chir.*, du 15 octobre 1902,
— — 2 décembre 1903.
Roux, *Revue médic. de la Suisse romande*, 1890.
— — 1891.
Sachs, *Arch. de Langenbeck*, 1892.
Salzer, *Arch. für clin. Chir.*, 1892.
Schiller, *Beiträge für clin. Chir.*, 1896.
Spillmann, Thèse d'agrég., 1878.
Suchier, *Berlin Klin. Wochens.*, 1889.
Terrier, *Bul. Soc. chir.*, 17 février 1892.
Ulmann, *Wien. Klin. Woch.*, p. 659.
Wiesinger, *Munchener med. Wochs.*, p. 969.
Wolfler, *Beiträge für clin. Chir.*, 1898.
Zalhmann, *Centralbl. für Chir.*, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE PREMIER. — Anatomie chirurgicale du segment iléo-cæcal de l'intestin 9

CHAPITRE II. — Formes anatomiques de la tuberculose iléo-cæcale justiciables d'une intervention chirurgicale 45

CHAPITRE III. — Traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cæcale. 61

TABLEAU I. — Résultats fournis par la résection du segment iléo-cæcal pour tuberculose 96

TABLEAU II. — Résultats fournis par l'exclusion bilatérale du segment iléo-cæcal pour tuberculose 100

OBSERVATIONS 103

CONCLUSIONS 196

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 198

Vu :
Le Président de la thèse,
F. TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

1 3-04. — Tours, imp. E. Arrault et Cie.